

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

LE NEZ ET L'ÉRYSIPELE.

Par le Dr **Paul TISSIER**,

Ancien Interne des hôpitaux, Lauréat de la Faculté.

Depuis la publication du mémoire de *Fehleisen* en 1882, on s'accorde à regarder le streptocoque, vu déjà antérieurement par un certain nombre d'auteurs (*Wilde, Orth, Bouchard, Doléris*, etc.), comme l'agent causal de l'érysipèle. D'après les recherches les plus récentes, ce streptocoque serait identique au streptocoque du pus, de l'infection puerpérale (*Winckel, Doyen, Widal, Cornil*), de la lymphangite (*Verneuil et Clado, Garré*), du phlegmon diffus (*Jénot*), etc. En un mot, le microbe de l'érysipèle n'est autre que le streptocoque pyogène.

Les différents streptocoques décrits semblent n'être que des variétés d'une même espèce, variétés très instables et douées d'une virulence extrêmement variable, ce qui a même fait admettre un certain nombre d'espèces distinctes de streptocoques douées de propriétés pathogènes différentes (*Achalme*).

Ces considérations préliminaires ne sont pas sans importance au point de vue spécial qui nous occupe et nous en trouverons l'application dans les lignes qui vont suivre.

Sans nous préoccuper davantage des questions de pathogénie générale, ni, pour le moment, du point de départ de l'affection, nous étudierons les lésions du nez et des fosses nasales telles qu'on les observe dans un érysipèle commun de la face.

Quel que soit le point d'origine (oreille, plaie ou solution

de continuité quelconque de la face ou du cuir chevelu), les téguments externes du nez peuvent être pris aussi bien que les fosses nasales. Mais nous aurons surtout en vue les cas dans lesquels l'érysipèle débute, soit à la racine du nez soit à l'orifice inférieur des narines.

Nous n'avons pas à décrire l'aspect de la peau erysipélateuse, ni ses lésions. Bornons-nous à dire qu'au niveau du nez, l'érysipèle présente quelques particularités, dépendant d'ailleurs de la structure histologique de son revêtement cutané.

La rougeur y est souvent fort vive, l'œdème n'existe guère qu'au niveau de la racine du nez, qui paraît ainsi élargie; à la partie inférieure, notamment au niveau des narines en raison, de l'adhérence du derme aux tissus sous-jacents.

L'on y observe souvent des vésicules, qui par leur confluence forment par places de petites phlyctènes remplies d'un liquide citrin, jaunâtre, qui ne tardent pas à devenir louches. La douleur est assez vive et se traduit par une sensation de brûlure et de tension toute spéciale. L'inflammation se calme rapidement et elle est suivie d'une abondante desquamation. Dans les cas d'érysipèle à répétition, il peut persister un certain état d'œdème chronique déformant.

Nous ne pouvons, bien entendu, insister sur ces caractères de l'érysipèle du nez. Arrivons maintenant aux lésions des fosses nasales. Celles du vestibule sont absolument identiques à celles que nous venons de décrire au niveau de la peau. Elles ont pour résultat de retrécir l'orifice des narines, par suite du gonflement de la peau, surtout marqué au niveau du point où le revêtement cutané du vestibule se continue avec celui de la lèvre.

Il est assez fréquent d'observer des fissures, des érosions au niveau de l'angle externe.

Il existe en même temps un véritable coryza érysipélateux aigu.

L'affection nasale se traduit au début par une sensation de gêne, de picotement, d'enchifrènement avec sécrétion plus ou moins abondante, séreuse, précédée ou accompagnée d'épistaxis parfois même assez considérables.

Dans le liquide séreux on trouve surtout des cellules à cils vibratiles plus ou moins déformées, de rares leucocytes et des microbes en nombre variable.

Si à ce moment on examine objectivement le nez, on y constate seulement un état turgescant de la muqueuse, une coloration rouge foncé, parfois presque violacée, surtout marquée au niveau des cornets. La rougeur est soit diffuse, soit plus marquée en certains points, plancher des fosses nasales, cornet inférieur, etc. Le septum est pris avec une certaine prédilection. A l'examen, la muqueuse qui le recouvre paraît rouge foncé, tuméfiée, brillante et parfois présente de petites vésicules (*Schech*). L'*épistaxis* est un symptôme assez commun, surtout au début de l'érysipèle. Il y a sans doute relation entre ce fait d'observation clinique et l'état du septum que nous venons de décrire. Il existe parfois de petites ecchymoses sous-muqueuses.

Le vestibule peut être indemne ou au contraire rouge, légèrement tuméfié, à surface lisse, tendue, recouverte de petites croûtes jaunâtres ou hémorragiques (rupture des vésicules). L'examen est assez douloureux.

Bientôt l'enchifrènement devient absolu, la sécrétion très abondante et purulente. L'acte de se moucher est très douloureux et à peu près impossible, aussi la sécrétion se concrète-t-elle rapidement en croûtes adhérentes qui, autant que la tuméfaction de la muqueuse, contribuent à obstruer la lumière des fosses nasales.

Veut-on les retirer, il en résulte souvent un écoulement sanguin. Au-dessous, la muqueuse est gonflée, mais ne présente plus cet aspect turgide, lisse, comme vernissé, du premier jour.

Au niveau des cornets, quelquefois aussi de la cloison, la muqueuse est très épaissie, infiltrée, de consistance ferme, fortement vascularisée, saignant au moindre contact.

Ces hémorragies sont d'ordinaire peu abondantes ; il n'y a guère d'exception à cette règle que lorsqu'on enlève les croûtes qui recouvrent la partie antérieure de la cloison.

L'examen histologique de la sécrétion purulente y montre des globules de pus et un nombre considérable de microbes

variés, parmi lesquels on retrouve plus ou moins facilement le streptocoque, qu'il est d'ailleurs facile de caractériser par les cultures (bouillon gélatinisé à 15 0/0, *Achalmé*).

Dès le cinquième ou sixième jour, l'état local s'améliore ; le malade, gêné par l'obstruction nasale, cherche à se moucher ; il parvient difficilement à détacher les croûtes, agents de l'obstruction ; celles-ci sont volumineuses, plus ou moins colorées par le sang, mais il est rare alors d'observer de véritables épistaxis.

La perméabilité des fosses nasales une fois rétablie, la sécrétion diminue rapidement d'abondance et perd son caractère purulent.

En résumé, pour ne parler que des symptômes locaux, on voit que le coryza érysipélateux se différencie surtout par les caractères de la tuméfaction de la muqueuse, par l'état congestif, la fréquence aux hémorragies, l'abondance de l'écoulement purulent et la tendance à la formation de croûtes volumineuses et adhérentes.

Au point de vue anatomique, signalons la congestion, l'infiltration quelquefois purulente de la pituitaire ; les lésions histologiques diffèrent peu de celles de la peau : exsudation séreuse, diapedèse leucocytaire ; néanmoins la nature de l'épithélium imprime à l'érysipèle du nez, comme d'ailleurs à celui de la muqueuse du larynx et des voies aériennes des caractères particuliers : desquamation rapide, sécrétion muco-purulente, etc.

Quelles sont les complications de l'érysipèle des fosses nasales ? Du côté du vestibule, nous avons dans un cas, chez une jeune fille lymphatique, vu se produire de la suppuration des follicules pileux. Du côté des fosses nasales proprement dites, nous serions assez tentés de lui attribuer certaines lésions profondes.

Chez un de nos malades, atteint d'écoulement nasal purulent fétide depuis plusieurs mois et présentant au rhinoscope des lésions ulcéraives de la muqueuse au niveau du cornet inférieur, l'origine des accidents remontait indiscutablement à un érysipèle de la face. D'ailleurs, rien ne militait en faveur d'une étiologie différente et le traitement antiseptique



suffit à amener la guérison dans un laps de temps relativement court.

*Schech* signale, de son côté, la rhinite phlegmoneuse avec lésions ulcéreuses possibles des os et des cartilages. *Schiffers* a observé la nécrose. Les autres complications sont plus communes : ce sont les suppurations auriculaires et celles des sinus.

Les lésions de l'oreille à la suite de la rhinite érysipélateuse n'ont rien de spécial au point de vue pathogénique : invasion de la caisse par la voie tubaire. L'otite moyenne érysipélateuse présente des caractères assez particuliers, en raison de la virulence de l'agent pathogène en cause (*Netter*). Tout en présentant, dans ses grandes lignes, les traits de l'otite moyenne suppurée, elle a une remarquable tendance à déterminer des complications sérieuses : propagation de l'inflammation aux cellules mastoïdiennes, aux sinus de la dure-mère, aux méninges.

Nous n'insistons pas sur ces lésions otitiques, leur étude complète nous entrainerait en effet à annexer d'une façon pour ainsi dire totale la pathologie de la caisse à celle des affections rhino-pharyngées.

Les complications des sinus nous arrêteront plus longtemps.

Elles peuvent atteindre tous les sinus de la face. Nous ne relaterons pas en détail l'histoire des empyèmes des sinus de la face liés à l'érysipèle ; leur symptomatologie aussi bien d'ailleurs que leur pathogénie et leur traitement ne diffèrent guère des suppurations de ces cavités liées aux divers co-ryzas infectieux.

Bornons-nous à rappeler pour l'empyème du sinus frontal les observations de *Ribéri* (1845), de *Demarquay*, celle plus récente de *M. Picqué* ; son malade eut, à quinze jours de distance, l'influenza, puis un érysipèle de la face. L'abcès du sinus frontal s'ouvrit spontanément ; il fut traité par l'incision, l'agrandissement de l'orifice osseux et le curettage de la cavité. Pour l'empyème du sinus maxillaire, rappelons l'observation ancienne de *Zuccarini* (1853) ; les constatations anatomiques de *Weichselbaum* qui, trois fois sur dix cas

d'érupispile de la face, observa la propagation aux sinus; l'observation de M. Luc, dans laquelle M. Ledoux-Lebard fit l'examen bactériologique du pus et y constata, malgré l'ancienneté de la lésion (9 mois), la présence de streptocoques en chaînettes, à l'état isolé. Cette suppuration du sinus ne s'accompagnait pas de la fétidité si fréquente dans l'empyème d'origine dentaire. Dans ce dernier cas, on trouve de nombreux microorganismes (Ledoux-Lebard). Pour l'empyème du sinus sphénoïdal mentionnons les observations de Weichselbaum: parmi les causes de suppuration du sinus sphénoïdal, l'érupispile tient la première place. Voici comment les choses se passent d'ordinaire: l'érupispile suit sa marche normale, puis, plus ou moins rapidement, détermine l'apparition d'une céphalalgie vive, avec tuméfaction et rougeur du nez et de la région sous-orbitaire; quelquefois les accidents peuvent n'éclater (Zuccarini, Duplay, Weichselbaum) que longtemps après la fin de l'érupispile: deux mois et demi (Duplay); la mort est fréquente, surtout si le siège de la lésion est inconnu. Elle peut se produire soudainement (apoplexie, Zuccarini), ou plus lentement: affaiblissement progressif, délire (Duplay), coma (Weichselbaum). La cause de la mort est alors soit une inflammation des méninges (Demarquay, Weichselbaum, Zuccarini), soit une thrombose du sinus caverneux (Duplay), etc.

Les cellules ethmoïdales sont aussi souvent touchées: accumulation de pus et lésions osseuses d'ostéite (Duplay).

Les lésions des sinus sont rarement isolées, il est rare de ne pas observer la suppuration de plusieurs d'entre eux. Le sinus maxillaire, les cellules ethmoïdales et le sinus sphénoïdal sont le plus souvent pris. Il faut voir, dans ce fait, le résultat de disposition anatomique particulière et notamment de la situation de l'orifice de ces sinus, qui s'ouvrent dans le sens horizontal, ce qui rend difficile l'écoulement des liquides qu'ils renferment.

Nous n'insisterons pas sur ces divers points ayant eu rarement l'occasion de les observer. Nous avons examiné un certain nombre de cas d'érupispile de la face au point de vue de l'état du nez, nous n'avons guère constaté que des lésions

nasales. D'autre part, aucun de nos malades n'a succombé, et nous avons toujours éprouvé un refus formel, toutes les fois que nous avons voulu examiner à l'autopsie les sinus des malades des services spéciaux, ayant succombé à la suite d'un érysipèle.

Une série d'autres complications que nous ne faisons qu'énumérer c'est : 1° la propagation au pharynx et au larynx (*Labbé, J. Simon, Lasègue, Gaucher*, etc.). Chez un malade du service de M. le docteur Bucquoy, à l'Hôtel-Dieu, nous avons dû pratiquer, en 1889, la trachéotomie d'urgence. L'interrogatoire du malade, dont la guérison fut rapide, nous permit de reconstituer la filiation des accidents : érysipèle de la face, rhinite, laryngite. Le processus érysipélateux peut aussi envahir de même la trachée, les bronches et le poumon (*Achalme*) ; 2° la propagation vers les méninges et la cavité crânienne.

Malgré les rapports de contiguïté, malgré surtout les communications lymphatiques qui unissent le cerveau et le nez, la propagation de l'érysipèle aux méninges est assez rare. Dans le liquide céphalo-rachidien de deux érysipélateux morts avec un délire violent, M. *Achalme* n'a pu observer de cultures de streptocoques. Cependant étant donné la grande sensibilité de la séreuse cérébrale au streptocoque (*Netter, Achalme*), et l'existence de méningites, plusieurs fois notée au cours de l'érysipèle, il est nécessaire de signaler la possibilité de cette complication au cours de l'érysipèle des fosses nasales.

Les lésions anatomo-pathologiques des sinus présentent peu de caractères particuliers.

Elles sont analogues à celles de la pituitaire ; l'érysipèle, lorsqu'il atteint les muqueuses, déterminant facilement une exsudation purulente.

Le pus contient de nombreux leucocytes dans l'intérieur desquels on trouve souvent des streptocoques et des cellules épithéliales plus ou moins profondément modifiées.

La paroi muqueuse présente une tuméfaction parfois diffuse, plus fréquemment avec des points où les lésions sont plus marquées : plaques saillantes, opaques, jaunâtres,

molles. Il est habituel dans les cas récents de trouver des hémorrhagies interstitielles.

Comme dans l'érysipèle de la peau, la lésion consiste surtout dans la présence d'un grand nombre de cellules rondes, infiltrant toutes les couches de la muqueuse. Les capillaires sont dilatés.

Il y a en outre coagulation de la fibrine, qui forme des masses fibrillaires enchevêtrées non réticulées. Cette coagulation de la fibrine est sans doute due à la stagnation dans la cavité du sinus, du pus sécrété. *Il se produit dans ces conditions une diastase (Achalme), agent de la coagulation.*

Existe-t-il un coryza érysipélateux pur, c'est-à-dire n'accompagnant ou ne précédant pas l'érysipèle de la face? La chose n'est pas douteuse et, de ce qu'il est d'observation assez fréquente de voir des signes de coryza précéder l'érysipèle, il est déjà permis de supposer que, dans certains cas particuliers, le coryza peut faire tous les frais de l'infection érysipélateuse streptococcique.

D'ailleurs, que la propagation vers la face par les points lacrymaux ou par l'orifice externe des narines doive ou non avoir lieu, le seul point qu'il nous paraît intéressant de poser est celui-ci. En présence d'une lésion limitée aux fosses nasales, au moment de l'examen, peut-on songer à la nature érysipélateuse de cette lésion?

Voici à ce sujet une observation qui nous a paru digne d'être relatée :

En mai dernier, vint nous consulter à la clinique laryngologique de l'Hôtel-Dieu, une jeune fille de 17 ans, à habitus scrofuleux : Elle nous raconte être depuis fort longtemps sujete aux coryzas; même en dehors des poussées aiguës, elle garde un écoulement muco-purulent et, le matin a le nez obstrué par du muco-pus concrété.

Il y a trois jours, sans cause apparente, elle éprouva du malaise, de la céphalée au front et à la nuque, frissons répétés et violents; fièvre vive et épistaxis assez abondante. La nuit fut mauvaise; le lendemain mardi, les symptômes subjectifs s'aggravèrent : appétit nul, nausées, fièvre intense; en même temps les phénomènes de coryza entrent en scène : douleur continue, gravative; enchifrènement absolu, muco-pus adhérent et légère-

ment sanguinolent, sensation de tension et d'ardeur nasale, etc. Le lendemain mercredi, nous la voyons pour la première fois.

Le facies est assez animé, la langue est sale, la peau chaude, le pouls fréquent : la malade se plaint uniquement de son nez; mais en présence de l'intensité des symptômes généraux notre attention est éveillée de suite sur la possibilité d'un coryza infectieux ou d'un coryza compliqué.

L'aspect de la face ne présente aucun signe d'inflammation, la lèvre supérieure n'est même pas érythémateuse; la gorge ne présente qu'une légère teinte rouge diffuse.

L'examen du nez nous montre un état de congestion extrême, avec par places des plaques rouge-violacées lie de vin et sur la cloison du côté gauche, une légère ecchymose. De ce côté le vestibule est intéressé, la surface interne de l'aile du nez est légèrement tuméfiée, rouge, luisante, l'orifice des narines est rétréci et l'application du spéculum douloureuse. La muqueuse est recouverte de croûtes jaune-noirâtres adhérentes, obstruant les fosses nasales. Leur enlèvement, avec précaution, détermine un léger suintement sanguin.

Depuis longtemps déjà notre attention était dirigée sur la question de la rhinite érysipélateuse et, dès le premier moment, nous songeons à la possibilité de ce diagnostic.

*Sur un nouveau signe de l'érysipèle du nez.* Bien des probabilités militaient en faveur de l'érysipèle, la fièvre relativement élevée, le mode de début, l'état de la muqueuse, la présence de sang dans les mucosités, etc. Cependant, en l'absence de preuve bactériologique, nous aurions hésité à émettre une affirmation précise.

La présence d'adénopathies douloureuses nous enleva tous nos doutes. Certes, il est possible qu'une lésion inflammatoire non érysipélateuse retentisse sur les ganglions, mais nous croyons l'adénopathie fort rare, sinon toujours absente, dans les diverses formes de rhinite aiguë non compliquée.

En raison de l'importance que nous attribuons à l'adénopathie dans le diagnostic de l'érysipèle des fosses nasales, nous ne croyons pas déplacé d'entrer ici dans quelques développements.

L'étude des lymphatiques du nez est fort sommairement traitée dans les traités d'anatomie ou de rhino-pathologie.

Les auteurs français se bornent à quelques indications dont il faut surtout retenir le peu de précision.

Nous en résumerons les principaux points d'après les mémoires de *Hjalmar-Heiberg* et de *Simon*. Les lymphatiques de la muqueuse nasale se réunissent en un tronc principal qui chemine entre la trompe d'Eustache en arrière et la partie postérieure des cornets en avant. Ce tronc se subdivise en ce point en plusieurs branches anastomosées d'où sortent deux troncs qui se dirigent en arrière et en dehors entre les deux muscles péristaphylins interne et externe; ils se séparent bientôt et se rendent le premier dans un ganglion prévertébral situé entre la carotide interne et le muscle stylo-pharyngien, le second, après avoir perforé le digastrique se place en dehors du nerf lingual et s'être divisé alors en deux branches, dans deux ganglions situés au-dessous du sterno-cluodomastoïdien.

Nous avons souvent remarqué dans l'érysipèle de la face, avec coryza érysipélateux, et, nous avons vu combien fréquent est le cas, une certaine raideur de la tête, marchant de pair avec l'endolorissement et la douleur à la pression des parties latérales du cou. Pour nous il n'est pas douteux que ces divers troubles soient l'expression du retentissement ganglionnaire du processus érysipélateux nasal.

Revenons maintenant à notre malade. Elle se présente la tête immobilisée, tous les mouvements de flexion du cou sont pénibles et la palpation de la région cervicale latérale est douloureuse surtout à gauche, côté correspondant au maximum des lésions nasales. Il est impossible de ne pas attribuer ces symptômes à une adénite, expression du retentissement sur l'appareil lymphatique de la rhinite aiguë présentée par la malade.

Or, bien que, comme nous l'avons déjà dit, l'adénopathie territoriale ne soit pas spéciale à l'érysipèle, comme nous ne l'avons que très exceptionnellement observée, et dans des conditions très particulières, dans le coryza aigu simple ou purulent, nous considérons les adénopathies se traduisant par les symptômes que nous venons d'indiquer, comme un excellent signe de rhinite érysipélateuse.

L'observation ultérieure de notre malade confirma notre diagnostic, et dès le lendemain se déclarait un érysipèle de la face.

En résumé, nous admettons qu'il existe une rhinite érysipélateuse primitive; peut-elle rester isolée et constituer la seule manifestation de l'infection streptococcique. C'est là un fait que nous croyons possible, et même relativement fréquent, mais dont nous ne pouvons cependant donner d'observation absolument démonstrative.

Résumons très brièvement la symptomatologie : début fébrile avec frissons, céphalalgie frontale, quelquefois douleur de la nuque, caractère gravatif et continu des douleurs, épistaxis fréquentes, puis bientôt ardeur, sécheresse du nez, enchifrènement qui devient absolu, muco-pus souvent sanglant relativement peu abondant, se concrétant sur la muqueuse des cornets en croûtes de coloration plus ou moins foncée et assez adhérentes; état de congestion extrême de la muqueuse, présentant une tuméfaction diffuse, une coloration lie de vin et même par places des ecchymoses.

Immobilisation relative de la tête, souvent légèrement inclinée d'un côté; douleur spontanée et à la pression de la partie latéro-supérieure du cou, symptômes dus aux adénopathies symptomatiques de la rhinite érysipélateuse.

Plus tard, écoulement de muco-pus purulent assez liquide et évolution habituelle de la rhinite érysipélateuse, telle que nous l'avons décrite à propos des lésions nasales de l'érysipèle de la face.

Nous ne reviendrons pas davantage sur les complications de la rhinite érysipélateuse primitive, qui ne diffèrent en rien de celle de la rhinite érysipélateuse vulgaire.

Arrivons maintenant à l'étiologie de la maladie. En dernière analyse elle se résume dans l'étiologie de l'érysipèle en général, dans la notion du streptocoque de Fehleisen, son agent pathogène spécifique.

Mais la question s'élargit singulièrement si l'on envisage le rôle du nez dans la genèse de l'érysipèle de la face en général. A ce sujet, il est intéressant de dire quelques mots de l'érysipèle à répétition et notamment de l'érysipèle cataménial.

Il est impossible d'admettre, en pareil cas, une contagion chaque fois renouvelée. A l'exemple de *Verneuil*, tous les auteurs admettent aujourd'hui qu'il s'agit du passage à l'état actif du streptocoque qui s'est cantonné, silencieusement, pendant un temps plus ou moins long, soit au niveau d'une lésion cutanée minime (*Cachera, Critzmann, Widal*) soit même dans les cavités muqueuses de la face où on le trouve si souvent, même à l'état normal.

« Il est certain que dans bien des cas on peut invoquer « l'origine nasale ou pharyngienne de l'érysipèle à répétition » *Achalme*.

Ceci nous amène à envisager la question à un point de vue plus élevé et plus général, c'est-à-dire à nous demander le rôle du nez dans la production de l'érysipèle de la face.

Ce rôle, nous le croyons considérable et beaucoup trop négligé. Ce serait vouloir prouver l'évidence que de nous étendre longuement sur cette affirmation.

L'observation clinique quotidienne qui nous montre le début fréquent au niveau de l'orifice externe du nez ou des points lacrymaux, la présence, pour ainsi dire constante en pareil cas, du coryza érysipélateux aux périodes d'invasion et de début de la maladie, sont en effet des preuves indiscutables de la justesse de notre proposition de tout à l'heure.

Quelle est la raison d'être de ce rôle de la cavité des fosses nasales dans la production de l'érysipèle de la face?

Ce n'est pas le lieu d'insister ici sur les recherches de *Besser* qui a montré l'existence du streptocoque dans le mucus nasal même normal de certains individus. Nous les rappelons parce quelles nous permettent de comprendre la pathogénie de l'érysipèle facial.

La porte d'entrée du streptocoque nous la trouvons dans une lésion même minime de la muqueuse ou de l'orifice des narines (vésicule d'herpès, fissures, rhagales, etc.); le streptocoque peut provenir soit du dehors (contagion), soit du nez lui-même, sa virulence se trouvant accrue du fait de circonstances variables. L'érysipèle, d'abord intra-nasal, ne tarde pas dès lors à s'extérioriser par propagation de proche en proche.



Le processus éteint, le streptocoque peut persister un temps plus ou moins long dans les tissus, en apparence sains, ou dans la cavité nasale ou même, ce qui est fréquent, (*Moldenhauer*) au niveau de lésions minimes banales (fissures, eczéma du vestibule) de l'entrée du nez ou des narines.

De là, la possibilité d'un retour agressif, d'une nouvelle poussée érysipélateuse, reconnaissant pour cause soit une aggravation de lésions locales, soit une modification de l'état général (excès de boissons, menstruation, etc.).

Et dès lors, on conçoit sans peine l'importance du rôle du nez dans l'érysipèle de la face et la nécessité d'instituer un traitement et curatif et prophylactique qui s'inspire de ces notions.

L'érysipèle de la face constitué (nous n'avons pas à nous occuper des procédés thérapeutiques qui lui conviennent en propre), faut-il soigner de suite l'affection nasale? A notre avis la chose n'est pas douteuse, mais quel traitement employer. Il faut avec soin éviter tout traumatisme, même léger, susceptible d'ouvrir une nouvelle voie à l'infection. L'irrigation nasale est rejetée par nombre de médecins qui craignent d'inoculer ainsi la caisse.

Pour excessive que nous tenions cette crainte, nous reconnaissons qu'elle peut être parfois permise. Aussi ne faisons-nous pratiquer des irrigations que lorsque la voie nasale est libre des deux côtés. Il est bon que le médecin fasse lui-même le lavage. Nous nous servons en pareil cas d'une solution de *sublimé* à 1/5000. A la suite de l'injection, nous insufflons dans le nez une poudre composée, à base de calomel.

L'enchifrènement disparaît très rapidement. La sécrétion devient d'abord plus abondante, muco-purulente, puis muqueuse; à l'examen direct, on constate la rétrocession rapide de l'état congestif et inflammatoire de la muqueuse nasale et on évite, en outre, les complications par propagation du processus du côté des sinus, des voies aériennes inférieures et de l'oreille moyenne.

Le traitement des lésions persistantes, l'antisepsie nasale suffisent pour écarter les récidives.

Des mêmes principes se déduit naturellement le traitement de l'érysipèle à répétition. Il y a cependant ici une cause d'insuccès, la persistance possible du streptocoque dans les tissus sains.

#### INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

##### Traités classiques.

SIMON. — *Schmidt's Jahrbücher*, Bd. 107 et Bd. 161.

POUTIER. — Érysipèle de la face avec coryza et bronchite érysipélateuse (*Gazette des hôpitaux*, 1865.)

SCHLUMBERGER. — Documents pour servir à l'étude de l'érysipèle du pharynx et des voies respiratoires (*Thèse de Paris*, 1872.)

WEICHSELBAUM. — *Wiener med. Jarhb.*, 1881 et *Int. kl. Rundschau*, 1888.

VERNEUIL. — *Société de Chirurgie*, 1885, et *Mémoires de chirurgie*, t. IV.

SCHIFFERS. — De l'érysipèle des fosses nasales (*Revue de laryng.*, 1<sup>er</sup> mars 1889.)

BRYSON DELAVAN. — *Société de laryngologie* (New-York, 30 mai 1889.)

BESSER. — Ueber die Bakterien der normalen Luftwege (*Beiträge z. path. Anat. u. allg. Path.*, Band VI, heft. 4, 1889.)

LUC ET LEDOUX-LEBARD. — Un cas d'empyème de l'antre d'Higmore dû au streptocoque de l'érysipèle (*France médicale*, p. 307, 1891.)

CRITZMANN. — De l'érysipèle à répétition (*Arch. gén. de médecine*, janvier 1892.)

ACHALME. — Considérations pathog. et anatomo-path. sur l'érysipèle (*Thèse de Paris*, 1892.)

CACHERA. — Érysipèle à répétition (*Thèse de Paris*, 1891.)

## II

## LES INDICATIONS DE L'OUVERTURE DE L'APOPHYSE MASTOÏDE DANS LES OTITES INFECTIEUSES.

Par le Dr **Francisco ORGOGOZO**, de Montevideo.

## I

L'opportunité de l'ouverture des cellules mastoïdiennes dans les cas d'otite suppurée aiguë, grippale, a été récemment mise à l'ordre du jour par les travaux de Zaufal, de Duplay, etc., et surtout par la lecture faite par le professeur Politzer à la Société d'otologie et de laryngologie de Paris, d'un mémoire très complet à ce point de vue. Au cours de la discussion qui suivit, Châtellier et Politzer défendent avec fermeté cette opinion : la nécessité de l'intervention chirurgicale précoce.

D'autres cliniciens d'égale valeur ne pensent pas qu'il y ait lieu de hâter systématiquement le moment de l'intervention ; ils croient qu'il faut savoir attendre l'indication, en donnant les soins topiques, énergiques, qui leur ont presque toujours suffi pour amener la guérison des otites suppurées les plus sérieuses sans ouvrir l'apophyse mastoïde.

MM. Gellé et Læwenberg, en effet, ont acquis cette conviction basée sur une longue expérience (15 ans). Loin d'opérer immédiatement, dès le huitième jour, dans les cas aigus, ils multiplient les pansements, les applications d'agents antiseptiques dans la caisse ; ils surveillent plus assidûment l'issue du pus à travers l'hiatus, à travers la perforation tympanique, etc. ; et ils prétendent par ces moyens retarder l'invasion des cellules, et tout au moins la limiter ; en tout cas ils ont la certitude que, grâce à ces soins, à leur application continue et méthodique, ils ont pu empêcher la ré-

tention du pus et la formation d'un foyer infectieux dans la cavité mastoïde au cours des otites les plus graves.

A cela les partisans de l'intervention hâtive, et Politzer à leur tête, répliquent que l'invasion des cellules est précoce et rapide; que la suppuration siège souvent dans des points isolés; que l'antrum, par l'épaississement de la muqueuse, est comblé; que le canal antro-tympanique disparaît de même, ou devient insuffisant; et qu'ainsi se trouvent constitués un ou plusieurs foyers purulents inabordables aux lavages antiseptiques, et que le traitement de l'otite ne saurait atteindre. Ces cas cependant n'échappent pas à l'action si énergique des topiques réfrigérants, les plus sûrs agents de résolution alors. On ne peut nier que dans l'otite aiguë grippale, que l'on vise tout d'abord, affection infectieuse par excellence, dont les manifestations ont une tendance extensive, et une facilité de propagation si redoutable, l'invasion des cellules puisse se faire concomitamment et rapidement; la clinique montre qu'elle se produit plus fréquemment, mais non fatalement; les cas simples prédominent en effet. D'ailleurs, à cet argument pressant, les temporisateurs répondent : « C'est grâce à une thérapeutique locale active que nous avons pu éviter l'abcès mastoïdien, limiter la suppuration des cellules, en réduire la durée; et empêcher les effets de la rétention du pus ». Et ils ajoutent : Des notions anatomiques établies par les recherches de Zuckerkandl et de Politzer on peut tout aussi bien conclure à la difficulté de la propagation des otites suppuratives vers la mastoïde dans un nombre très respectable de cas où l'état diploétique existe; où l'on trouve l'antre pétueux très rétréci, l'ouverture antro-tympanale nulle ou annulée, et la communication de la caisse avec les cellules pneumatiques fermée.

L'existence de ces conditions anatomiques n'est pas de nature assurément à faciliter l'extension du processus à la mastoïde, ni l'inflammation de la muqueuse des cellules si bien isolées de la cavité tympanique malade.

Quant aux cas si nombreux où il existe à peine quelques cellules au milieu du tissu osseux compact, on ne voit point non plus que cela facilite la propagation fatale. On conçoit

aussi combien est aléatoire l'effet d'une ouverture, urgente, dit-on, d'une ou deux cellules superficielles ou profondes, isolées, introuvables presque au milieu du tissu osseux diploétique ou compact.

Restent les apophyses dont les cellules sont aérées, pneumatiques et largement en communication avec l'antrum et la caisse, et où la propagation et la collection du pus sont par suite le plus à redouter. Cette disposition se rencontre dans le tiers des cas à peu près, au dire des anatomistes les plus autorisés (Zuckerlandl). On peut donc avancer qu'il y a de ce chef pour les partisans de la temporisation presque deux tiers de chances de ne pas se tromper en pratiquant une sage expectation, c'est-à-dire en attendant les signes indubitables d'une collection purulente intra-mastoïdienne. L'argument tiré des conditions anatomiques et anatomo-pathologiques reste ainsi toujours discutable. Pour Politzer c'est une raison de plus d'intervenir s'il n'y a pas communication entre les cellules et la cavité du tympan; mais à quoi le reconnaître?

Quand les cellules mastoïdiennes suppurées sont disséminées et ne communiquent pas entre elles ni avec la caisse, elles sont superficielles toujours; et on les découvre sous la table externe facilement, dit le savant auriste viennois; et il a montré à l'appui des préparations anatomiques en effet très probantes. En réalité, dans la pratique, c'est un diagnostic impossible.

En définitive, sans se guider sur la séméiotique, les opérateurs obéissent à cet argument pour eux décisif: « l'opération a des suites insignifiantes, tandis que la non-intervention peut entraîner la mort » (Politzer). Quel est donc le chiffre des morts, pour opérer ainsi tous les malades? Les temporisateurs n'auraient-ils donc jamais vu d'otites graves, eux qui annoncent avoir rarement ouvert aussi hâtivement la mastoïde? On leur a dit qu'ils ont eu une série heureuse. Le professeur Tillaux, dont la prudence n'exclut pas la hardiesse, a maintes fois déconseillé la trépanation dans ces dix dernières années, dans des cas où il lui semblait sage de temporiser, et où d'autres chirurgiens voulaient

intervenir, et tous les malades ont guéri sans trépanation. On pèsera la valeur d'une semblable affirmation.

Est-il, d'ailleurs, admissible que pendant si longtemps Læwenberg, Gellé, Pomeroy, Abbott, etc., se soient abstenus systématiquement d'opérer dans les cas aigus qui se sont présentés à leur examen, et dans lesquels sans doute, d'autres auraient jugé utile, nécessaire, indispensable d'opérer et dangereux de ne point le faire ?

Rien de plus facile que de poser cette loi : « Dans tous les cas d'otite aiguë suppurée il faut trépaner rapidement. » Mais n'est-ce point faire preuve d'un jugement médical à la fois plus scientifique et plus sûr que de savoir trouver les indications de l'intervention chirurgicale, puisqu'il est cliniquement et absolument démontré qu'une grande partie des accidents guérit sans opération.

Un élément qui prend une importance considérable dans la balance des indications, c'est l'ÉTAT INFECTIEUX, si évident dans l'influenza. Il est clair qu'en outre de cette raison indiscutable, la crainte de créer un foyer d'infection dans les cellules suppurées, il y en a une autre tirée de la nature même du processus, de sa marche envahissante, de sa force extensive, que l'étiologie microbienne explique si bien, et qui se manifeste par la fatalité des complications, par la bilatéralité des lésions otiques, par la suppuration inévitable de ces organes, par l'extension aux sinus, aux cellules mastoïdes, aux méninges, enfin par l'infection générale. C'est un facteur morbide prédominant.

Certes, de tous les arguments en faveur de l'intervention précoce, celui-là est le meilleur. Il est clair que le médecin doit surveiller plus étroitement la marche de l'inflammation et surtout peser sa résistance aux moyens que la pratique a consacrés comme héroïques d'ordinaire. Le mal donne sa mesure dans cette résistance, par ses retours agressifs, malgré le traitement général et topique le plus sévère.

Cette notion de l'injection qui domine alors l'évolution de la maladie otique motive les craintes du médecin, sa réserve, stimule son activité thérapeutique; et, à la moindre alerte, peut suffire à précipiter l'intervention; mais il y a là un

élément de jugement et rien de plus; le mal ne montrant sa gravité, son mauvais génie que par ses progrès, sa durée et sa résistance, etc., c'est donc sur la marche de l'affection qu'on doit en définitive se guider, et non sur des *apriori*; et il y a des réserves à faire, tout en prenant très au sérieux la valeur de l'élément infectieux que l'épidémie d'influenza nous a montré si cruellement actif.

L'ouverture de l'apophyse est un moyen d'expulser certains produits morbides, mais n'influence ni leur cause ni leur genèse. Politzer ne donne-t-il pas dans son travail le résultat d'autopsies d'individus trépanés cependant, et non tardivement? De même parmi les faits cités par le Dr Châtellier il en est où l'infection générale s'est produite malgré la trépanation. Cela montre que certaines affections s'étendent et se généralisent plus vite, malgré notre décision et notre intervention, et que la lésion mastoïde est souvent secondaire à l'infection générale. D'autre part, qu'on veuille bien se rappeler les faits cliniques précis où il exista les signes les plus clairs, indicateurs de l'invasion des cellules par la suppuration, et dans lesquels des observateurs de la valeur de Zaufal ont pu, à l'autopsie, constater la suppuration intra-cranienne avec des cellules mastoïdiennes saines; et l'on voit où peut conduire une trop grande hâte à opérer. Il faut redoubler de prudence, puisque les lésions peuvent exister en dehors des cellules mastoïdiennes et loin de l'oreille.

Quand donc le médecin sera-t-il conduit à craindre la suppuration intra-mastoïdienne? A quels signes la reconnaîtra-t-il? A quel moment cette suppuration devient-elle une menace, un danger? Car on l'a vue durer dans bien des cas et cependant se tarir sans trépanation. En un mot, sur quelle symptomatologie se basent le diagnostic de la complication, de son siège dans la mastoïde, et surtout l'urgence d'une ouverture des cellules mastoïdes?

## II

De l'analyse des observations il résulte que l'on peut se

trouver en présence de trois catégories de faits pathologiques :

1° Tantôt le sujet, atteint d'otite aiguë suppurative, arrive avec une lésion mastoïde précoce, mais où rien ne manque des signes objectifs de l'invasion des cellules mastoïdiennes et qui ne laisse aucun doute sur leur participation au processus otitique. La formation de ce nouveau foyer infectieux explique la gravité des troubles observés. L'évidence existe et pour la complication nouvelle et pour son siège. Au point de vue de l'intervention, il ne saurait y avoir alors ni temporisation ni hésitation, car les symptômes parlent un langage clair pour tous, quelle que soit leur précocité;

2° D'autres fois la complication est d'une allure particulière. Au cours de l'otite suppurée, soit dans les premiers jours, soit plus tard, elle emprunte la symptomatologie des affections des organes voisins. Elle revêt la forme de méningite (convulsions, état cérébral, vertige, vomissements, coma), de sinusite, d'ostéo-périostite ou de la pyohémie même (forme typhoïde); mais cette apparition d'accidents aussi graves au cours d'une otite aiguë suppurée suffit à rendre probable la complication mastoïde, et la décision doit être prise rapidement. Cependant (cas de Zaufal, de Moure (1), de Knapp (2)) il y a bien d'autres points autour de l'oreille que l'infection peut avoir atteints, qu'il y ait ou non suppuration mastoïdienne. Le doute est donc permis sur le siège précis dans l'apophyse de la complication annoncée par les signes graves, mais la probabilité existe.

Le danger est là pressant; une chance de salut s'offre si le foyer est mastoïdien; et l'opération s'impose. C'est, de l'aveu de tous les chirurgiens et des cliniciens auristes, la conduite à tenir en ces circonstances. Ici, les résultats heureux abondent.

Le danger pressant, la probabilité du foyer de la complication dans l'apophyse sont ainsi les arguments décisifs de l'intervention chirurgicale. On remarquera que l'on n'est

(1) MOURE. *Comptes rendus de la Soc. française d'otologie et de laryngologie*, septembre 1890.

(2) KNAPP. *Comptes rendus Soc. américaine d'otologie*, 1891.



en définitive guidé ici que par des signes rationnels, mais positifs, par cette excellente raison que les accidents observés s'expliquent mieux alors par la suppuration des cellules;

3° Cependant il n'en est pas toujours ainsi, surtout au début de l'affection; à ce moment, si l'engorgement est admissible, si la suppuration de cellules isolées est à craindre, la formation d'un foyer purulent intra-mastoïde reste encore douteuse. Dans certains cas l'indication, au lieu d'être précise comme dans le premier ordre de faits, ou impérieuse comme dans le deuxième, reste indécise, sans point d'appui. Tout à l'heure nous découvrirons sans effort l'urgence d'intervenir; et ce sont là les conditions ordinaires dans lesquelles se trouve appelé l'opérateur; l'intervention, au contraire, est discutable quand il y a peu de signes, ou des signes isolés, douteux, et quand l'otite est récente. Analysons les principaux symptômes de la mastoïdite au point de vue des indications qu'ils peuvent fournir en pareil cas.

A. — Tantôt la douleur seule appelle l'attention sur l'existence d'une complication intra-mastoïde. Son siège, son retour après une accalmie trompeuse, sa persistance, ses redoublements nocturnes, son extension à la surface de la région, sa provocation facile en un point fixe par la pression, sa nature paroxystique, sa coïncidence avec la recrudescence de la chaleur locale, avec l'élévation vive de la température générale, doivent faire craindre la suppuration de l'apophyse mastoïde. Pour Schwartze, Politzer, Duplay, Gellé, Chatellier, Lœwenberg, et la plupart des auteurs, l'intensité extrême des douleurs spontanées dans l'apophyse mastoïde est reconnue comme un symptôme d'une importance considérable au point de vue de l'intervention chirurgicale.

Cependant, mon excellent maître M. Gellé, l'ayant proposée dans ces conditions sans la faire accepter, a pu, malgré ce refus, être assez heureux pour voir tout se terminer sans accident, grâce à la glace et aux soins topiques. Le professeur Tillaux (1), qui a peut-être été le premier à décrire l'abcès

(1) TILLAUX. *Chirurgie clinique*, t. I.

circonscrit de l'apophyse mastoïde avec les caractères qui lui sont propres (1886) enseigne que, à la suite d'une otite aiguë suppurée avec perforation spontanée ou chirurgicale de la membrane du tympan, si les douleurs persistent, même après guérison apparente de l'otite, il est rationnel d'admettre un abcès enkysté, circonscrit, car un abcès de ce genre peut occuper le centre de l'apophyse mastoïde sans que sa présence soit révélée par aucun signe local dans la caisse ou derrière l'oreille. Ici, la douleur spontanée et provoquée par la pression dans un point toujours le même constitue dès lors le seul signe réel sur lequel on puisse baser le diagnostic.

Si l'otite est à son quinzième, vingtième, trentième jour et, *a fortiori*, si elle est plus ancienne, la réapparition de cette douleur, spontanée ou à la pression avec retour d'un écoulement purulent, abondant; ou bien si l'écoulement a persisté mais presque sans douleur, et si tout à coup celle-ci reparait, il y a indication nette d'intervenir. Si à cela il se joint le malaise général, la température élevée, l'insomnie, l'agitation, alors le temps presse, et d'autant plus que l'affection date de plus longtemps. Gellé et Lævenberg ont cependant obtenu la guérison sans trépaner, malgré ces retours agressifs.

La douleur mastoïde fixe, l'écoulement abondant, prolongé loin du début de l'otite purulente, peuvent donc dénoncer la rétention du pus dans la mastoïde et la formation d'un foyer infectieux en ce point. Mais dans les premiers jours?

En général, au début, les signes de la mastoïdite sont ceux de l'otite et se confondent avec eux. Il y a donc à traiter celle-ci tout d'abord. Après un certain temps, on observe dans les cas simples, surtout si l'on a ouvert le tympan dans les premiers jours, que la marche de l'affection vers la guérison est évidente. En vingt jours tout peut être fini.

Or, bien différente est la marche de l'otite dans les cas où l'ouverture de la membrane du tympan est tardive, spontanée et plus ou moins insuffisante. C'est alors sur les résultats rapides ou non du traitement curatif qu'il faut se guider (froid, myringotomie, topiques, antiphlogistiques, etc.);

car, s'il y a persistance de l'état aigu, redoublement de la douleur et surtout apparition de nouveaux symptômes, l'idée d'une complication mastoïde doit venir à l'esprit ; et la certitude de celle-ci existera si l'on constate la douleur mastoïde fixe, la fièvre vive, l'écoulement purulent, abondant, le gonflement du fond du conduit, etc, etc.

B. — L'abondance de l'écoulement est un autre signe précieux pour le diagnostic. Dans les cas de mastoïdite, l'écoulement de pus persiste et reste très abondant, malgré l'incision tympanique ; tandis que, quand l'affection marche vers la guérison, l'écoulement, abondant les premiers jours, diminue peu à peu, même sans intervention, et cesse 18 à 20 jours après si on fait la myringotomie dans les 5 premiers jours, et plus tardivement (5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> semaine) si l'ouverture s'est faite spontanément. Le professeur Duplay enseigne que l'abondance seule et surtout la persistance de cet écoulement, à défaut d'autres signes, peuvent autoriser à poser le diagnostic de mastoïdite. En effet, chez quatre malades confiés à ses soins, il s'est fondé sur ce seul symptôme pour faire l'ouverture de l'apophyse, et le résultat lui a donné raison. Mais on tient ici compte de la durée du phénomène otorrhée ; ce n'est certes point là un signe d'intervention hâtive, puisque l'élément *durée*, et d'autres fois l'élément *récidive* deviennent à un moment donné les indications les plus sérieuses de l'ouverture chirurgicale du foyer intramastoïde.

On se rappelle que parmi les arguments présentés par le professeur Politzer pour décider une intervention hâtive, c'est surtout l'isolement des foyers de suppuration et des cellules, et plus encore l'absence ou l'oblitération de l'hiatus tympano-mastoïde qu'il a mis en avant ; or, il est à craindre qu'en pareil cas l'abondance de la suppuration ne vienne pas démontrer l'invasion isolée des cellules mastoïdes. La description de Tillaux mentionne le fait dans l'abcès intra-mastoïdien circonscrit. Les intermittences ou l'arrêt de l'écoulement purulent doivent faire soupçonner également ces conditions anatomo-pathologiques.

(1) DUPLAY. *Union médicale*, février 1892. La mastoïdite suppurée.

C. — La température locale ne fournit pas un élément de grande valeur diagnostique; car si la région mastoïdienne offre parfois une chaleur considérable, cette élévation thermique est surtout observée dans les lésions superficielles; la température locale peut d'ailleurs ne pas être modifiée dans l'abcès intra-mastoïde.

Il n'en est plus de même de la température générale; elle est d'habitude assez élevée; elle peut même atteindre 40°5, ou 41°. Cependant, Politzer, Duplay, Gellé ont vu des cas où elle ne dépassait pas la normale.

Une brusque ascension thermique doit inspirer de légitimes inquiétudes; surtout si après l'usage du sulfate de quinine la défervescence ne se produit pas; et les craintes seront plus justifiées encore si après une défervescence franche, la température remonte brusquement dans le cours d'une otite suppurée. Cette réascension thermique a été bien étudiée dans l'épidémie de grippe par Teissier(1) et Zacharine qui la considèrent comme une menace de complications dans l'influenza; elle doit également les faire redouter dans la convalescence des fièvres graves et des maladies infectieuses.

D. — Le gonflement de la région mastoïdienne avec ou sans fluctuation profonde, avec rougeur, chaleur, douleur fixe, gonflement œdémateux accompagné ou non d'une atrésie du conduit osseux, avec écoulement très abondant est d'une grande importance diagnostique. On voit, cependant, que tous ces signes se confondent avec ceux de l'abcès prémastoïdien. Celui-ci a été décrit (Duplay) jusqu'à ce jour comme une complication des affections auriculaires indépendantes le plus souvent de l'abcès intra-mastoïdien; et l'on ne peut nier que la clinique montre fréquemment la guérison rapide de ces collections purulentes sous-périostiques et de l'otite initiale par l'incision de Wilde seule.

Ici se place une assertion récente de Politzer qui mérite d'attirer toute notre attention.

Il dit : « Dans les cas que j'ai opérés, partout où j'ai trouvé une accumulation de pus à la surface externe de l'apophyse

(1) TEISSIER. *Lyon médical*, 7 février 1892.

mastoïde, j'ai également rencontré des abcès à l'intérieur de celle-ci ». Disons que la réciproque n'est pas vraie.

Cela n'a pas encore été dit d'une façon aussi affirmative. En effet, on savait qu'il peut exister : 1° soit un abcès intra-mastoïdien ; 2° soit une collection sous-périostée, tous deux compliquant l'otite ; 3° soit enfin une collection purulente sous-périostique en communication avec l'abcès intra-mastoïdien.

D'après Politzer, cette dernière catégorie de faits pathologiques constituerait la règle ; et logique, il ouvre toujours en pareil cas. Nous avons observé ces sortes d'abcès à la fois intra et extra-mastoïdes. Ce sont des cas types où l'indication est le moins discutable. Pomeroy a guéri sans ouverture, quatre cas de mastoïdite grippale de cette espèce ; Abbott (1) cite aussi un cas suivi de guérison ; et les faits de même ordre abondent. Dans ces conditions, l'incision de Wilde donne issue au pus superficiel, sous-périostique ; et si l'on constate avec le stylet une ou plusieurs fistules osseuses, l'existence d'une complication intra-mastoïde est démontrée ; et son traitement classique est connu.

Il n'en est plus de même dans les cas très nombreux où il y a absence complète de communication directe entre l'abcès superficiel et les cellules mastoïdiennes. Et, c'est précisément dans cet état pathologique particulier que l'affirmation émise par Politzer doit être prise en grande considération ; car il y a divergence complète entre cette opinion et celle de Gellé, Lœwenberg et autres. Politzer en effet dit : « Je ne fais plus l'incision de Wilde ; j'opère immédiatement la trépanation. » Les premiers pratiquent au contraire l'incision de Wilde ; puis ils restent dans l'expectation armée. Il faut avouer que la clinique semble leur donner raison, vu le nombre de malades guéris par l'incision de Wilde, sans complication ultérieure, même pendant la récente épidémie. Ces auteurs sont au reste convaincus de la présence du pus dans l'antrum et dans les cellules chez plusieurs opérés ; mais puisque l'incision de Wilde a suffi si souvent pour amener rapidement une termi-

(1) POMEROY. *Société d'otologie américaine*. 23<sup>e</sup> session annuelle, 1890.

naison heureuse, n'est-on pas en droit de conclure que malgré l'existence de la suppuration intra-mastoïdienne, l'ouverture des cellules n'est pas absolument indispensable à la guérison? Comme Ladreyt, Læwenberg, M. Gellé y aurait eu recours certainement, les jours suivants, si l'amélioration n'avait pas été franche et immédiate.

L'ostéo-périostite née dans l'oreille moyenne peut suppurer en un point seulement et non fatalement à la fois dans l'intérieur et à la surface de l'apophyse mastoïdienne. Il y a des différences dans l'intensité du mal.

Si l'hypothèse de Politzer, qui admet la présence du pus dans les cellules quand il en rencontre sous le périoste est vraie, des enseignements de la pratique on peut déduire que l'incision de Wilde ayant été suffisante, on ne doit pas admettre la règle thérapeutique absolue posée par Politzer.

Si une simple incision suffit, pourquoi trépaner?

Après l'incision de Wilde, l'ostéo-périostite s'éteint, le pus intra-mastoïdien se résorbe, ou bien il s'écoule par les voies auriculaires puisque l'otite guérit sans retard après la simple incision périostique.

Et puis, où s'arrêter dans cette voie des interventions hâtives? Ne voyons-nous pas Knapp aller plus loin que Politzer, Chatellier, etc., quand il dit que l'ouverture des cellules mastoïdiennes est résolutive de l'engorgement inflammatoire qui accompagne toujours l'otite aiguë suppurée? Pour Knapp et plusieurs auteurs américains cette congestion suffirait pour motiver l'opération sans attendre la formation du pus.

On le voit, l'intensité de l'otite, même non suppurée, dans les cas suraigus infectieux, constitue alors le motif déterminant de l'opération hâtive; c'est presque une opération préventive.

Disons que l'intervention discutable au 40<sup>e</sup> jour, cesse de l'être plus tard, surtout en présence de signes rationnels.

### III

De l'étude à laquelle nous venons de nous livrer il résulte que la question de l'opportunité de l'ouverture des cellules

mastoïdiennes dans les cas aigus divise encore les auristes.

L'opération est, on ne peut le nier, absolument simple d'exécution, exempte de dangers quand elle est faite avec méthode, en se servant surtout de la gouge et de la curette ; mais, il faut l'avouer aussi, l'administration du chloroforme, les anomalies dans le trajet du sinus latéral, l'insuccès possible de l'ouverture, la cicatrice persistante, etc., etc., sont autant de facteurs avec lesquels doit compter le clinicien ; et ils expliquent pourquoi certains auristes, qui sont loin de repousser systématiquement l'ouverture de l'apophyse, prétendent limiter leur intervention à certaines conditions bien définies. Si les uns opèrent vite dans tous les cas, les autres agissent moins hâtivement suivant des indications précises ; mais ils interviennent aussi de bonne heure quand les signes indiqués se montrent rapidement, (au 15<sup>e</sup> jour, cas de Lermoyez et Gellé).

Nous pensons que l'ouverture de l'apophyse dans les cas d'otites aiguës suppurées devra avoir été précédée d'un traitement local énergique (glace à demeure sur la région, myringotomie simple ou multiple et répétée, irrigations intra-tympaniques de liquides antiseptiques, irrigations de l'antrum, destruction des fongosités, etc., etc.) ; l'insuccès du traitement devenant une indication ferme de l'intervention. En effet, malgré les signes les plus graves, les douleurs les plus persistantes, les plus étendues, malgré l'écoulement purulent intarissable, malgré les complications dans le conduit, même avec des signes d'engorgement douloureux aigu de l'apophyse, les otologistes autorisés cités plus haut, ont pu, sans ouvrir les cellules mastoïdes, guérir leurs malades, même en temps de grippe, en s'adressant uniquement mais avec énergie à l'otite aiguë par les moyens énumérés plus haut.

On trouverait peut-être dans une statistique sérieusement faite des suites de l'affection : au point de vue de l'audition dans les cas opérés et dans ceux qui ne l'ont pas été un argument nouveau, décisif pour établir définitivement ce point de pratique.

## IV

En résumé, nous pensons que dans les otites aiguës infectieuses en général l'opportunité de l'ouverture se déduira :

1° De la notion de l'état épidémique, de la nature infectieuse de la lésion qui conduit à hâter le moment d'intervenir puisque la suppuration est rapide;

2° De l'intensité extrême des symptômes de l'otite aiguë suppurative, de leur persistance à une époque où, dans les cas simples, il y a d'ordinaire défervescence et diminution de la suppuration ; à moins que cela ne s'explique par l'invasion de l'autre oreille;

3° Quand, après une accalmie spontanée ou succédant à l'incision tympanique, il y a retour brusque des douleurs intenses mastoïdes fixes, de l'écoulement purulent, abondant, et à plus forte raison, s'il apparaît quelques signes locaux mastoïdiens;

4° Quand, en l'absence de signes locaux manifestes, dans une otite suppurée arrivée au dixième, quinzième, vingtième jour, apparaissent des signes cérébraux, coma, délire, céphalalgie, vomissements, température élevée, douleur vive à la pression, quand même les troubles otiques sembleraient peu accusés, ou même s'il y avait guérison de ce côté ; à plus forte raison, s'il s'y ajoute tous les signes de l'engorgement mastoïde;

5° L'ascension subite de la courbe thermique (39°, 40°, 41°), au cours d'une otite aiguë suppurée ou non, dans la défervescence des fièvres graves, des affections aiguës compliquées d'otites et de toutes les maladies infectieuses, doit faire poser la question de l'opportunité d'ouvrir les cellules mastoïdiennes;

6° Dans le cas de gonflement de la région mastoïde avec fluctuation profonde, l'incision de Wilde s'impose. Dès qu'on aura constaté une fistule osseuse, on élargira le trajet trop étroit et on se comportera comme après la trépanation. Si, cette incision faite, aucune fistule ou autre lésion osseuse



n'apparaît, les avis sont encore partagés sur la conduite à tenir. Cependant, il résulte de la discussion à laquelle nous nous sommes livrés que l'on est plus près de la vérité en admettant la présence du pus dans les cellules, surtout si la suppuration auriculaire a déjà une durée de quelques semaines. En ce cas, on ne devra pas attendre l'apparition des accidents de rétention, ni temporiser pour peu que la douleur mastoïde soit intense, l'écoulement purulent abondant, et qu'il y ait un fort mouvement fébrile. L'intervention chirurgicale prévient toute complication nouvelle, mais non pas d'une façon absolue, ainsi que nous l'avons vu précédemment, dans les maladies infectieuses.

---

### III

#### INSTRUMENTS POUR L'ABLATION DES NÉOPLASMES LARYNGIENS DE L'ENFANT PAR LA MÉTHODE DE L'INTUBATION AVEC TUBE FENÊTRÉ.

Par le Dr **L. LICHTWITZ** (de Bordeaux) (1).

Dans la séance du mois de mars de cette année j'ai fait connaître à la Société de laryngologie de Paris une nouvelle méthode : l'intubation avec tube fenêtré, qui m'a permis d'enlever par voie naturelle un grand nombre de papillomes à une petite fille chez laquelle l'intervention par voie artificielle semblait inévitable (2).

Les papillomes ayant récidivé, j'ai employé cette méthode dans plus de trente séances, et comme les néoplasmes avaient envahi petit à petit toute la surface du larynx, j'ai dû appliquer des tubes ayant la fenêtré dans tous les sens et à différentes hauteurs.

(1) Communication faite à la Société de laryngologie de Paris, le 3 juin 1892.

(2) *Annales des maladies de l'oreille*, 1892, p. 362.

De cette manière, j'ai pu me renseigner sur la position que devait occuper la fenêtre pour correspondre aux différents sièges des papillomes, et en même temps étudier les meilleurs instruments qui me permissent d'enlever promptement les néoplasmes qui faisaient saillie à l'intérieur des tubes.

Au début, j'avais pensé qu'il fallait un tube fenêtré spécial pour chacune des positions occupées par les néoplasmes, car je craignais que les tubes, en raison de leur rebord supérieur saillant, qui est biseauté sur les côtés et forme un angle en arrière, ne pussent être supportés que lorsque l'angle regardait en arrière; mais je n'ai pas tardé à me convaincre que les biseaux n'étaient pas absolument nécessaires et que le même tube fenêtré pouvait servir aussi bien pour les tumeurs situées à droite que pour celles qui sont implantées à gauche, en avant ou en arrière, pourvu que la fenêtre correspondît comme hauteur et comme direction au siège des tumeurs.

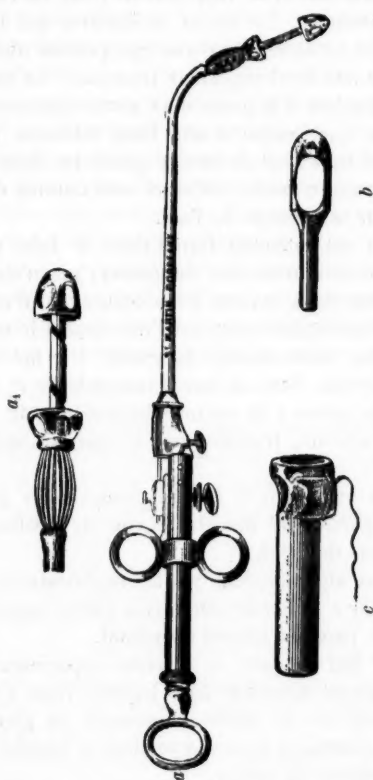
Pour les tumeurs siégeant sur les aryténoïdes et sur la surface supérieure des bandes ventriculaires, au lieu de retirer légèrement le tube comme je l'ai indiqué d'abord, j'ai fait construire des tubes munis à leur partie supérieure d'un rebord saillant dont la hauteur est de 7 à 10 millimètres au lieu de 5 millimètres qu'on trouve sur les tubes ordinaires. Ce rebord saillant n'existe que sur les deux tiers environ de la circonférence du tube, tandis que l'autre tiers est occupé par la fenêtre. De cette façon, l'épaisseur du rebord ne diminue pas la saillie des tumeurs en dedans du tube.

A l'aide du tube que je vous présente, j'ai pu facilement enlever des papillomes siégeant sur les bandes ventriculaires et sur les aryténoïdes.

Pour enlever les papillomes qui faisaient hernie dans le tube, j'avais employé d'abord les pinces de Türk-Schrøtter et de Heymann, mais voyant qu'il fallait introduire ces pinces à plusieurs reprises avant d'avoir enlevé toute la masse saillante, j'ai fait construire deux instruments qui permettent d'enlever d'un seul coup et en une seule fois

tous les néoplasmes qui font saillie par la fenêtre dans l'intérieur du tube.

Le premier instrument est une curette tranchante ayant exactement le même diamètre que le tube dont je me sers



(Le dessin ci-dessus représente le panier laryngien *a*, *a*<sub>1</sub>, la curette tranchante (*b*) et le tube fenêtré (*c*) destiné à l'ablation des papillomes implantés sur les bandes ventriculaires et les aryénoïdes).

pour ma petite malade. Cette curette s'adapte par un pas de vis à un porte-instrument tubulaire quelconque à la place de la pince, de la guillotine ou de tout autre instrument laryngien. Elle peut ainsi être orientée dans tous les sens.

Elle m'a servi surtout quand les masses saillantes étaient d'un très gros volume.

L'autre instrument représente un gland creux coupé en deux moitiés, une moitié supérieure et une moitié inférieure, qui s'écartent et se rapprochent l'une de l'autre par le jeu de l'instrument. La moitié inférieure, qui forme un panier, est fixée à l'extrémité d'une tige portant une rainure hélicoïdale et a son bord supérieur tranchant. La moitié supérieure est attachée à la gaine d'un porte-instrument tubulaire laryngien quelconque et son bord inférieur vient recouvrir le bord tranchant du panier quand les deux moitiés du gland sont rapprochées. Celles-ci sont munies de larges ouvertures pour le passage de l'air.

L'instrument est introduit fermé dans le tube et on fait descendre la moitié inférieure (le panier) jusqu'au-dessous du bord inférieur de la fenêtre. Pour cela, avant d'introduire le tube, on a réglé exactement sur l'instrument le maximum d'écartement des deux moitiés du gland. On fait alors remonter le panier qui, dans sa marche ascendante et en même temps rotatoire grâce à la rainure hélicoïdale de la tige à laquelle il est attaché, tranche tout ce qui fait saillie dans le tube.

Ce « panier laryngien à rebord tranchant » peut être adapté à n'importe quel manche, mais de préférence au manche à ressort de Störk.

Je dois encore signaler deux petites modifications que j'ai dû faire apporter à la construction des tubes dans lesquels on fait jouer le panier à rebord tranchant.

D'abord j'ai fait creuser, à la partie supérieure du tube enétre, une rainure circulaire dans laquelle vient s'emboîter le bord inférieur de la moitié supérieure du gland, pour éviter que cette dernière n'oscille pendant la marche descendante et ascendante du panier.

Ensuite j'ai été obligé de faire faire exactement cylindriques les deux tiers supérieurs du tube, qui est habituellement légèrement conique dans toute sa longueur. De cette manière, le panier glisse sans gêne de haut en bas et de bas en haut.

J'ai employé avec succès ce panier toutes les fois que la masse des néoplasmes qui faisait saillie n'était pas trop volumineuse pour empêcher la descente du panier (1).

Je crois encore utile de mentionner qu'après avoir placé le tube fenêtré, on est parfois surpris de voir sortir par la fenêtre des masses papillomateuses beaucoup plus volumineuses que celles qu'on a vues auparavant au laryngoscope au même niveau.

Ce fait s'explique, à mon avis, par la pression du tube sur les parois du larynx, pression qui énuclée, en quelque sorte, les papillomes cachés en dessous des bandes ventriculaires dans les ventricules de Morgagni. De plus, il est à noter que les deux instruments que j'ai décrits plus haut, la curette et le panier, mais notamment ce dernier, tranchent non seulement ce qui déborde le niveau de la fenêtre, mais agissent aussi par arrachement, car souvent les parties enlevées étaient de beaucoup plus volumineuses que celles qu'on voyait auparavant faire saillie par la fenêtre.

Note additionnelle :

Depuis le 3 juin, jour de cette communication jusque vers le milieu du mois d'août, époque à laquelle je devais m'absenter pour plus d'un mois, j'avais enlevé, au moyen de l'intubation avec tube fenêtré, à plusieurs reprises, les néoplasmes, qui avaient repoussé avec une grande rapidité. J'avais fait suivre ces extirpations d'insufflations avec un mélange de poudre de sabine et d'alun, médicament tant vanté au dernier Congrès de laryngologie de Bruxelles pour éviter le retour des papillomes. Néanmoins, pendant mon absence, ils avaient de nouveau obstrué le larynx, de sorte que le confrère qui m'avait remplacé s'était vu obligé de faire faire la trachéotomie.

L'enfant étant maintenant à l'abri d'une suffocation contre laquelle j'avais lutté durant plus de neuf mois presque

(1) On peut se procurer les tubes fenêtrés ainsi que la curette laryngée demi-cylindrique et le panier laryngien à rebord tranchant, chez M. Saint-Martin (116, Cours d'Alsace et Lorraine, à Bordeaux), qui les a construits selon mes indications. Il est important d'indiquer l'âge de l'enfant chez lequel on veut employer les tubes ainsi que les instruments.

journellement, je me propose de laisser son larynx pendant quelque temps tranquille, quitte à recommencer l'extirpation des tumeurs plus tard.

---

#### BIBLIOGRAPHIE

---

**Atlas der Kehlkopfkrankheiten** (*Atlas des maladies du larynx*), 37 planches et 345 figures, par ROBERT KRIEG (chez Ferdinand Enke, Stuttgart, 1892, prix, 42 marks, cartonné).

L'atlas de R. Krieg est une publication récente, de 1892. Les figures très nombreuses qui remplissent les 37 planches, sont coloriées, et c'est l'auteur qui, avant la publication de ce grand ouvrage, a dessiné et colorié ces figures. La littérature allemande nous a déjà fourni quelques travaux de ce genre, entre autres l'atlas de Turck, paru il y a déjà de longues années. L'ouvrage que nous analysons, en préparation depuis 15 ans, reproduit les cas non seulement les plus habituels, mais aussi ceux que l'on est appelé à observer très rarement. Le nombre de ces derniers tient dans l'atlas de Krieg une place très étendue: aussi cet ouvrage me semble-t-il destiné à être consulté avec profit plus par les spécialistes déjà expérimentés que par de jeunes étudiants. Le plan adopté par l'auteur est très régulier; il y a dans cette belle iconographie le larynx normal, les anémies et les hypéremies du larynx, les œdèmes, abcès et hémorragies (*très belles ces dernières figures*) les périchondrites idiopathiques (*très rares chez nous, très remarquablement exposés ici*), le catarrhe chronique et la pachydermie (*cette dernière affection superbement présentée*), les affections nerveuses (*bien reproduites, surtout les paralysies des dilateurs*). Après les tumeurs bénignes nous voyons le cancer, la tuberculose et la syphilis (*exposés avec un luxe de cas tout à fait exceptionnel*). Après le lupus enfin, nous voyons la reproduction des compressions et des sténoses de la trachée, puis les exanthèmes, traumatismes et corps étrangers, etc.

Cet ouvrage fait grand honneur à l'auteur qui l'a préparé et mûri pendant longtemps, ainsi qu'à l'éditeur qui l'a publié. Les

documents qu'il contient seront toujours consultés avec profit, car il est rare de pouvoir rassembler autant d'exemples très différents de toutes les affections laryngées. A. G.

**Annual of the Universal Medical Science**, par C.-E. SAJOUS, chez F. Davis Co, Philadelphie, Londres, etc., 5 volumes cartonnés, prix 20 dollars.

C'est la cinquième année que notre distingué confrère, le Dr C. E. Sajous, dirige cet intéressant travail de récapitulation des sciences médicales. L'ouvrage est composé de cinq volumes ; c'est dans la quatrième que se trouvent les affections qui intéressent les lecteurs de cette revue. La compétence des auteurs des divers articles est une garantie de leur valeur ; il me suffira de dire que Turnbull et Bliss ont écrit la partie otologique, J. Solis Cohen a traité des affections laryngées et de celles de l'œsophage, Sajous s'est chargé de la rhinologie, Bryson Delavan des maladies du pharynx, du naso-pharynx et des amygdales, O'Dwyer a traité de l'intubation du larynx et enfin Fr. H. Hooper et J. Payson Clark ont écrit les maladies de la glande thyroïde. Le texte renferme des planches intéressantes et bien exécutées. L'analyse d'une œuvre aussi considérable est difficile à faire en raison de la surabondance des faits et des citations. Nous ne pouvons qu'exprimer nos félicitations au Dr Sajous et son éditeur, M. Davis, de Philadelphie, de la manière consciencieuse et même luxueuse avec laquelle ils continuent une œuvre si précieuse pour tous les travailleurs.

A. G.

---

## SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE DE PARIS

---

Compte rendu par P. GASTOU.

*Séance du 1<sup>er</sup> juillet.*

*Recherches sur les causes anatomiques de la déviation de la cloison nasale. Existe-t-il un rapport entre cette déviation et l'inflexion antéro-postérieure de l'axe de la face ?* par le Dr POTIQUET.

L'auteur, sans nier le rôle du traumatisme ou de quelques influences pathologiques (polypes, corps étrangers, etc.) dans

certain cas, estime que l'incurvation latérale du septum nasal, si fréquente, est avant tout un fait lié à l'évolution. L'observation et les statistiques permettent d'établir les propositions suivantes :

1° La cloison des fosses nasales sensiblement droite à la naissance, s'infléchit très fréquemment avec l'âge, présentant un maximum de déviation à l'âge adulte.

2° Dans les races blanches la déviation de la cloison est plus fréquente et plus marquée chez l'homme que chez la femme.

3° Elle est plus fréquente et plus marquée dans les races supérieures que dans les races inférieures.

L'inflexion du septum nasal apparaît donc en raison directe de l'évolution organique.

Mais le développement de la cloison nasale est lié au développement des maxillaires supérieurs unis aux palatins. Or des recherches de M. Lissauer il résulte ce qui suit :

1° Le maxillaire supérieur uni au palatin exécute, de la naissance à l'âge adulte, un mouvement de rotation autour d'un point, dénommé V. par l'auteur et correspondant au point de rencontre de l'extrémité postéro-supérieure du vomer avec le corps du sphénoïde ;

2° Dans les races blanches, ce mouvement de rotation est d'une manière générale, plus prononcé chez l'homme que chez la femme ;

3° Il est d'une manière générale plus prononcé dans les races supérieures que dans les races inférieures.

Du parallélisme entre ces deux séries de propositions, l'auteur se demande s'il n'y aurait pas entre le degré plus ou moins accusé du mouvement de rotation du pré-maxillaire autour du point V., degré variable suivant les sujets de même sexe appartenant à une même race, d'une part, et le plus ou moins de déviation nasale d'autre part, une relation de cause à effet.

Le mouvement de rotation noté par M. Lissauer n'est pas tout du reste. En effet, si l'on superpose le profil d'un crâne d'Européen au profil d'un crâne de nègre, la formule de M. Lissauer ne contient qu'une partie de la vérité.

La brièveté de la ligne, V — enu (*ena* : épine nasale antérieure, *v*, *ena* : ligne allant du point de rencontre de l'extrémité postéro-supérieure du vomer au corps du sphénoïde à l'épine nasale antérieure), chez l'Européen indique assez que dans l'évo-



lution de l'être humain le prémaxillaire ne décrit pas un simple cercle autour du point V. Le cercle se rétrécit à mesure que le mouvement de rotation se prononce, et l'intervalle *v*, *ena* devient moindre chez l'eupéen que chez le nègre, de même qu'il est proportionnellement moindre chez le nègre que chez l'anthropoïde.

La cloison cartilagineuse fondamentale, envisagée dans la série des primates, doit donc s'adapter à ce mouvement de rotation avec retrait des maxillaires, et les conditions de cette adaptation se montrent d'autant moins aisées qu'on s'élève davantage dans cette même série. Or c'est précisément au voisinage de cette ligne *vena*, suivant une ligne allant du pré-maxillaire au bec du sphénoïde, qu'on voit la cloison s'infléchir avec le plus de fréquence. Là est la déviation qu'on peut qualifier de *maitresse*.

La déviation de la cloison, plus fréquente dans les races humaines lorsque le mouvement de rotation avec retrait est plus accusé, ne serait-elle réellement chez les sujets qui se présentent à notre observation, tout traumatisme mis à part, que le résultat d'une accommodation imparfaite? Le parallélisme noté plus haut le donnerait à penser. Mais il convient que la question se précise. Y a-t-il dans une même race, chez des adultes du même sexe, un rapport entre le degré du mouvement de rotation avec retrait du maxillaire supérieur autour du point *v* et la déviation de la cloison? Telle est la question que M. Potiquet a tenté de résoudre en ce qui touche le septum osseux.

46 crânes d'hommes adultes ont été étudiés au musée de Clamart : 23 étaient à cloison très déviée, 23 à cloison droite.

Or, le rapport cherché entre le mouvement de rotation du pré-maxillaire autour du point *v* et l'inflexion de la cloison n'existe pas : telle cloison reste droite avec un mouvement de rotation très accusé, et telle autre s'infléchit fortement avec un mouvement de rotation faible.

La courbure de la cloison n'est donc pas en raison directe de l'ouverture de l'angle de rotation qu'exécute de la naissance à l'âge adulte l'épine nasale antérieure autour du point *v*.

Cependant, si l'on calcule dans chaque série de crânes la moyenne de l'angle de rotation, on obtient un angle qui est de 20°,1 pour les crânes à cloison déviée et de 17°,1 pour les crânes à cloison droite ; différence : 3°.

Les conclusions qui découlent de ces comparaisons peuvent se formuler ainsi : il n'existe pas chez les adultes de sexe masculin appartenant à notre race de rapport absolu entre le degré

du mouvement de rotation des intermaxillaires autour du point *v* et l'inflexion de la cloison osseuse, et on ne peut dire que cette inflexion soit, sur un même sujet, en raison directe du mouvement de rotation.

Cependant, d'une manière générale, une cloison qui participe à un mouvement de rotation très accusé risque davantage de l'incurver latéralement qu'une cloison dont le mouvement de rotation reste peu prononcé. Cette conclusion ne fait, du reste, que traduire sous une autre forme cette remarque déjà faite par nombre d'observateurs, que ce sont surtout les nez longs qui abritent les cloisons infléchies. L'éminence nasale, en s'allongeant, ne fait souvent, en somme, chez l'Européen, que suivre docilement le mouvement de rotation de l'intermaxillaire autour du point *v* et l'exprimer d'une façon ostensible.

Le rapport soupçonné n'existe donc pas pour chaque crâne pris isolément; comme toutes les lois anthropologiques, il n'est vrai que si on a soin de ne le faire porter que sur des moyennes.

Ainsi compris, un rapport n'implique, somme toute, à l'égard d'un cas pris en particulier, qu'une tendance, dont ce cas particulier peut, pour d'autres raisons, s'affranchir.

Le haut degré de ce mouvement de rotation avec retrait semble bien être une des conditions anatomiques qui coopèrent à faire sortir le septum nasal du plan médian, mais il n'est pas la seule.

*Des épaissements de la portion antéro-inférieure de la cloison nasale. Rôle des os sous-vomériens et des cartilages de Jacobson (avec démonstration de pièces anatomiques), par le Dr POTIQUET.*

Les pièces qui, par leur réunion ou leur soudure, constituent le squelette ostéo-cartilagineux de la portion antéro-inférieure de la cloison nasale sont nombreuses : il n'est pas de région du squelette où l'on compte tant de pièces rassemblées sur un si petit espace.

Pour le squelette osseux, ce sont, en procédant d'avant en arrière :

1° Les deux saillies verticales qui surmontent le bord interne du corps de la portion incisive du maxillaire supérieur, saillies qui, par leur réunion, forment ce qu'on peut désigner sous le nom de crête incisive proprement dite;

2° Le col et la tête des deux os sous-vomériens, que surmonte et auxquels s'appuie

### 3° L'extrémité antérieure du vomer ;

Et pour le squelette cartilagineux, auquel le squelette osseux sert de base :

1° L'extrémité antérieure du cartilage quadrilatère, que flanquent de chaque côté :

2° Les lames cartilagineuses de Jacobson ou cartilages accessoires de M. Sappey.

L'os sous-vomérien (apophyse de Sténon, pièce sous-vomérienne) domine la crête incisive proprement dite, et ses travées osseuses affectent une direction tout autre que celles de cette dernière. Il peut, en raison de son histoire embryogénique, de l'indépendance relative de ses travées osseuses au milieu de celles du maxillaire supérieur, et aussi à cause du rôle important qu'il joue dans les épaisissements de la portion antéro-inférieure de la cloison, mériter une place à part dans la description du squelette ostéo-cartilagineux du septum nasal.

Au nombre de deux : un droit, un gauche, les os sous-vomériens forment par leur réunion une sorte de clou osseux (Rambaud et Renaut), enclavé dans l'espace laissé libre entre l'apophyse horizontale des maxillaires supérieurs et le bord alvéolaire dépendant, en réalité, à ce niveau, de l'os incisif.

Avec les années, ils se développent ; mais leur croissance n'est pas régulière et uniforme. Les os sous-vomériens de l'adulte ne représentent pas simplement le type fœtal agrandi dans ses dimensions.

Chez l'adulte, leur forme diffère sensiblement de celle qu'elle affectait à la naissance. C'est surtout à partir du début de la seconde dentition que leur tête s'élève, que leur col se dégage, grâce en partie à leur croissance propre, en partie à un phénomène fort important : l'abaissement du plancher incisif consécutif à l'éruption des incisives permanentes. L'ascension de la tête des os sous-vomériens détruit la symétrie et la régularité de leur forme. En arrière et sur eux pèse l'extrémité antérieure du vomer arc-bouté au corps du sphénoïde.

Les os sous-vomériens sont : en lame verticale, ou épais, trapus, ramassés sur eux-mêmes, ou élégants, à col dégagé, à tête amincie, renversée en dehors et prolongée en arrière, ou bien c'est un profil tourmenté, contourné. Presque autant de variétés de formes que de sujets.

Ces variations de forme semblent dues : aux conditions de développement, de liberté d'expansion, aux résistances, aux pressions qu'il subit.

Unis aux os voisins : cartilage quadrilatère, cartilages de Jacobson, les os vomériens, en se déviant, s'épaississant, peuvent obstruer en partie le méat inférieur (examen rhinoscopique, stylet).

L'os sous-vomérien représente l'apophyse palatine médiane de l'os incisif des mammifères ayant subi, par suite du mouvement de bascule qu'éprouve chez l'homme, comparé à l'animal, le crâne facial, une orientation nouvelle.

Cette orientation nouvelle influera grandement sur la constitution et la configuration osseuse, chez l'homme.

Voici comment :

1° Contrairement aux autres mammifères, l'intermaxillaire fera chez l'homme, au-dessus du plancher nasal, une saillie marquée, et prendra ainsi une part assez importante à la constitution de la cloison osseuse.

2° L'apophyse palatine médiane de l'intermaxillaire, ainsi dirigée, viendra se placer juste en avant de l'extrémité antérieure du vomer, entrera avec elle en un contact plus immédiat, pourra dans la suite faire échec au développement de cet os et coopérer ainsi aux déformations de celui-ci.

3° La crête incisive proprement dite, subissant en arrière la poussée de la tête de l'os sous-vomérien, se trouvera projetée en avant et formera la saillie antéro-postérieure particulière à l'homme et aux primates, qui a reçu le nom d'épine nasale antérieure.

Les cartilages de Jacobson sont représentés chez l'homme par de petites languettes ou baguettes de cartilage qui, partant de l'angle antéro-inférieur du cartilage quadrilatère, se dirigent en arrière et flanquent ainsi à droite et à gauche le bord inférieur du cartilage quadrilatère. Ces languettes, de nombre et d'épaisseur variables, avec noyau osseux au centre parfois, jouent un rôle important dans les épaissements de la portion antéro-inférieure de la cloison.

Ce sont des vestiges de l'organe de Jacobson, très développé chez certains mammifères, pouvant être rapprochés de l'appendice iléo-caecal, rudimentaire et cause de lésions plutôt qu'utile dans l'organisme humain.

#### *Discussion :*

M. RUULT. — Dans son intéressante communication M. Potiquet a effleuré un point intéressant : le développement de la base

du crâne. Lasèque attirait souvent l'attention sur le développement de la base du crâne et de la face et leurs rapports chez les cérébraux. Chez les aliénés on note souvent la distorsion de la cloison nasale, des déviations du vomer; le bord postérieur de la cloison est souvent incurvé au lieu d'être rectiligne. La voûte est ogivale et le développement de la base du crâne imparfaite si le développement de la face du crâne ne sont pas parallèles. Ce défaut de parallélisme se retrouve dans les os qui se développent isolément.

M. GOUGUENHEIM. — Ce n'est pas seulement une relation entre la déviation de la cloison et des anomalies de la base du crâne qu'on observe, M. Ziem a attiré l'attention sur les rapports existant entre ces déviations et des asymétries de la face et des cavités orbitaires.

Ces données pathologiques ne sont pas très vulgarisées en France, c'est pourquoi je tenais à en parler ici.

M. LÆWENBERG fait remarquer que les déformations du maxillaire supérieur et d'autres portions osseuses environnantes peuvent affecter le développement de la cloison et créer des malformations et des déviations.

M. POTIQUET. — Des recherches sur le rapport indiqué par M. Ruault entre le développement de la base du crâne et de la face seraient certes intéressantes, mais elles offriraient bien des difficultés, car la surface de jonction du crâne cérébral avec le crâne facial n'est guère accessible à nos moyens d'investigation, même sur le squelette.

Les travaux de Ziem sur les relations entre le défaut de symétrie de la cloison et d'autres asymétries de la face ne m'ont pas paru aboutir à des conclusions aussi décisives que semble le penser M. Gouguenheim.

Le défaut de symétrie des pièces osseuses qui constituent la face et, par conséquent, les cavités qu'elles limitent, est, en effet, pour ainsi dire, la règle.

Pour préciser, le défaut de symétrie des cavités nasales d'une part et des cavités orbitaires d'autre part, est, sur un même sujet, chose des plus fréquentes; mais, à mon avis et le plus souvent, ce ne sont là vraisemblablement que des effets parallèles d'une même cause, sans qu'il soit, dans la plupart des cas, légitime d'établir entre ces deux asymétries une relation de cause à effet.

Peut-être n'était-il pas inutile de pénétrer aussi avant que possible dans la constitution anatomique de la cloison nasale.

Des anatomistes exercés ne considèrent-ils pas encore, à l'heure actuelle, les épaissements de la cloison nasale comme des produits pathologiques, alors qu'on les voit le plus souvent liés au développement?

L'objection faite par M. Læwenberg à l'essai d'interprétation que je propose pour les déviations du septum nasal n'est pas sans justesse; mais je rappellerai que les causes anatomiques de l'inflexion du septum nasal sont multiples, et que je n'ai étudié que l'une d'elles. D'autre part, les déviations à axe vertical sont plus rares que les déviations appelées horizontales inférieures par M. Læwenberg.

---

#### SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE AMÉRICAINE.

---

**Vingt-cinquième Congrès annuel**, tenu à New-London le 19 juillet 1892, sous la présidence de GORHAM BACON, de New-York (*Medical Record*. 6 août 1892, p. 165-168.)

I. OREN POMEROY (de New-York). *Affections mastoïdiennes*. — Oren Pomeroy rapporte sept observations de mastoïdites avec caries très étendues. Bien que la profondeur de la destruction fut dans quelques cas très grande, un seul de ces cas se termina par la mort. Encore s'agissait-il d'un enfant âgé de quatre mois seulement et qui fut très irrégulièrement soigné. Il succomba avec des accidents méningitiques, deux mois après avoir subi l'incision de Wilde suivie de la trépanation de l'apophyse. Les six autres malades âgés de 19 ans, 45 ans, 16 ans, 2 ans, 42 ans, 42 ans, guérirent.

Les règles générales adoptées dans l'intervention furent les suivantes : 1<sup>o</sup> Pomeroy ne s'attache pas à enlever absolument tout l'os malade mais seulement celles des portions cassées qui se laissent détacher facilement. Il s'arrête sans jamais risquer, pour faire une opération plus complète, d'intéresser la dure-mère; 2<sup>o</sup> l'opération est suivie d'un drainage qui doit assurer un écoulement parfait et d'irrigations antiseptiques. Ces irrigations

ramènent souvent des masses énormes de détritus putrides ;  
3° Le traitement général, toniques, nourritures, conditions hygiéniques, a une importance extrême. La quinine et la phénacétine ont été employés contre la fièvre, le bromure contre la céphalée quand ces accidents persistaient après l'intervention. L'iodure de potassium fut donné à hautes doses dans un cas compliqué de rhumatisme très douloureux du genou.

II. ALEXANDER RANDALL (de Philadelphie). *Rapport des études craniométriques et de l'anatomie de l'oreille*. — Randall rappelle les nombreuses recherches faites sur l'anatomie du temporal et la divergence d'opinion qui existe entre Konner et Schultze sur la relation entre l'index céphalique et le rapport plus ou moins étroit et plus ou moins périlleux du sinus latéral et de la force cérébrale moyenne. Ses recherches personnelles ont porté sur 122 crânes dont 73 brachycéphaliques, 33 dolichocéphaliques et 16 moyens comme index. Les résultats ont été assez contradictoires. Les minima et les maxima indiqués comme dimensions possibles ont été retrouvés indifféremment quel que fut l'index céphalique et quel que fut le côté. Le seul fait qui paraît confirmé au point de vue opératoire est le danger un peu plus grand des opérations faites à droite dans le cas de crânes brachycéphaliques. La force cérébrale de ce côté descend souvent plus bas que du côté gauche.

III. CHARLES KIPP (de Newark). *Otite moyenne et névrite optique*. — Observation d'une importance pratique extrême. Un malade, atteint d'otite moyenne suppurée, présentait sans la moindre sensibilité, la moindre lésion appréciable du côté de l'apophyse mastoïde, une névrite optique double et des accidents cérébraux. Ces complications disparurent rapidement par la trépanation de l'apophyse. Il est indiqué de pratiquer l'examen ophtalmoscopique dans toutes les otites suppurées prolongées et accompagnées de troubles visuels, en raison de la possibilité de la névrite.

IV. BLAKE (de Boston). *Affections mastoïdiennes*. — Sur 25 malades atteints de congestion et d'inflammation de l'apophyse mastoïde, trois furent traités avec succès par l'application de compresses froides. Les vingt-deux autres furent opérés. Deux seulement parmi ceux-ci succombèrent, le premier de pneumonie au neuvième jour, le second de méningite au dixième jour de l'opération.

V. KNAPP (de New-York). *Méningite basilaire dans un cas d'otite moyenne suppurée chronique.* — Accidents méningitiques chez un homme de 35 ans, au cours d'une otite moyenne. Malgré l'absence de tout symptôme local la trépanation de l'apophyse mastoïde fut tentée. Les parties superficielles de l'os semblaient sclérosées et un peu malades, mais les parties profondes furent trouvées de plus en plus saines. A l'autopsie, méningite basilaire, tuberculose pulmonaire.

VI. EMERSON (de New-York). *Pyohémie à la suite d'une otite suppurée aiguë.* — Une femme de 24 ans présente une otite moyenne suppurée aiguë compliquée d'un peu de sensibilité au-dessus de l'apophyse mastoïde gauche, d'un peu de raideur de la nuque. L'écoulement de pus se faisant bien par l'oreille, l'apophyse mastoïde ne semblait pas directement touchée, quand la malade offrit successivement : 1° un abcès au-dessus de l'articulation sternoclaviculaire droite ; 2° un abcès au-dessus du sternum ; 3° un abcès au côté gauche de la nuque. Ces abcès furent murés. L'abcès de la nuque n'offrait aucune communication apparente avec l'apophyse mastoïde. La malade finit par guérir après une convalescence de quatre mois.

VII. SUTPHEN (de Newark). *Opération mastoïdienne.* — Au cours d'une otite moyenne chronique apparurent, sans lésions mastoïdiennes apparentes, des accidents septicémiques et cérébraux. Enfin se développe, au niveau des attaches du sternomastoïdien, un gonflement qui décide à trépaner l'apophyse. On ne trouve qu'une à deux gouttes de pus. Tous les accidents persistent mais, le huitième jour, ils disparaissent rapidement en même temps que le pus commence à couler abondamment par la brèche mastoïdienne.

VIII. GORHAM BACON (de New-York). *Mastoïdite suivant une ablation de végétations adénoïdes.* — L'ablation avait été faite partie avec le doigt, partie à la pince et suivie les jours d'après d'irrigations phéniquées par le nez, qui furent peut-être un peu irritantes. Au moment de l'opération le malade avait une pharyngite subaiguë. Deux jours après, douleurs dans l'oreille droite, écoulement, tension mastoïdienne. Les lavages boricués amenèrent une amélioration notable, mais finalement on dut inciser à travers une ouverture opératoire du tympan, un abcès mastoïdien sous-périostique. Guérison.

IX. SAMUEL THÉOBALD (de Baltimore). *Les solutions antisept-*



*tiques dans l'otite purulente moyenne.* — Théobald rapporte une série de faits où, après échec des injections horiquées, la cessation de la suppuration et la cicatrisation du tympan fut rapidement obtenue dans des otites moyennes anciennes par l'emploi d'injections faibles de sublimé. Il emploie ordinairement une solution à 1/8000 et fait une seule injection par vingt-quatre heures.

X. ROOSA (de New-York). *Blessure du sinus latéral.* — Au cours d'une trépanation pour mastoïdite, l'instrument tomba immédiatement dans une large cavité et le champ opératoire fut aussitôt inondé de sang veineux. Le tamponnement à la gaze iodoformée arrêta l'abondante hémorrhagie. La plaie fut pansée, le quatrième jour sans écoulement de sang. La malade guérit après avoir présenté des accidents septicémiques. Il semble certain qu'il y a eu, dans cette observation, blessure du sinus latéral. Bien qu'un assez grand nombre de faits de blessures du sinus latéral, dans les trépanations mastoïdiennes, aient été rapportés, Roosa, n'en connaît aucun où cet accident ait déterminé la mort.

XI. JACK (de Boston). *Amélioration remarquable de l'audition par l'ablation de l'étrier.* — Chez une malade qui avait subi, au cours d'une otite moyenne suppurée, l'ablation du tympan, du marteau et de l'enclume sans grande amélioration auditive, Jack fut frappé de l'amélioration qui suivit l'ablation, dans une opération nouvelle, de la tête de l'étrier. Il se décida, à enlever complètement cet os et le progrès fut encore plus grand. Actuellement Jack, rapporte seize observations. Il n'y a pas eu d'accidents inflammatoires. Pour apprécier les résultats sur l'audition, on doit distinguer l'audition de la montre et celle de la voix humaine. L'amélioration pour la montre est souvent peu marquée alors qu'elle est très satisfaisante pour la voix. Cette dissociation, dont on ne peut donner l'explication théorique, est très nette sur deux opérés présentés au Congrès.

XII. BLAKE (de Boston). *Opérations sur l'oreille moyenne.* — Depuis 1873, Blake, se fondant surtout au point de vue des indications sur l'audition des notes musicales élevées, a démontré le rôle important des opérations portant sur l'étrier, le rôle accessoire des opérations sur l'enclume et le marteau.

Les opérations qu'il a essayées pour améliorer le fonctionnement des osselets ont été successivement : 1° l'excision du segment postérieur du tympan afin de faire arriver les ondes

sonores directement sur l'étrier; 2° la formation d'un lambeau taillé aux dépens de ce segment postérieur et fixé à la branche descendante de l'enclume pour lui transmettre des vibrations directes; 3° la division de l'articulation entre l'enclume et l'étrier, manquant déjà; 4° la formation d'un lambeau taillé aux dépens du segment postérieur tympanique et fixé à la tête de l'étrier, l'enclume étant enlevée ou manquant déjà; 5° la division de l'articulation entre l'enclume et l'étrier à travers le tympan perforé pathologiquement, du muscle de l'étrier et des adhérences existantes; 6° l'ablation de l'étrier.

La mobilisation de l'étrier, quel que soit le procédé, donne de bons résultats fonctionnels dans les otites suppurées.

L'ablation de l'étrier au contraire donne des résultats bien supérieurs à la mobilisation dans les otites chroniques non suppurées.

L'ablation de l'étrier est moins difficile dans les otites non suppurées que dans les otites suppurées.

XIII. RANDALL (de Philadelphie). *Mastôidite après une excision du tympan et du marteau.* — Cette excision avait été faite pour une surdité d'origine catarrhale. La mastôidite commença au cinquième jour. Elle fut grave, accompagnée d'un abcès profond de la nuque, de troubles céphaliques et oculaires. Après la trépanation, le liquide des irrigations reflua même dans le pharynx. Guérison mais sans aucune amélioration fonctionnelle, Randall se demande si la mastôidite ne doit pas être expliquée par une occlusion de l'antre due à l'enclume abaissée en bas au cours de l'opération. Pour éviter cette occlusion il serait donc indiqué d'enlever toujours l'enclume avec le marteau.

XIV. ROOSA (de New-York). *Exostose du conduit auditif externe.* — Cette exostose était née sur la paroi postérieure du conduit, à l'union des portions cartilagineuses et osseuses. La montre n'était plus entendue qu'au contact; l'ablation au ciseau fut facile et suivie d'une très grande amélioration auditive.

A propos de cette communication, Blake de Boston signale un fait étiologique curieux. Dans deux familles, il a vu le grand-père, le père et le fils atteints successivement d'exostoses multiples.

Reeve (de Toronto) a vu, dans un cas, la pression exercée par l'exostose sur la paroi opposée être telle et déterminer de si vives souffrances que l'opération s'imposait de ce fait seul.

XV. HOLT (de Portland). *Morsure de l'oreille par un cheval.*

XVI. BLAKE (de Boston). *Plan du nouvel Institut otologique du Massachussets.*

Sont élus : *Président* : Gorham Bacon, de New-York; *Vice-Président* : Huntington Richards, de New-York; *Secrétaire et Trésorier* : Vermyne, de New-Bedford; *Membres de la Commission* : Carmalt, de New-Haven, et Loring, de Washington.

A. P. PLICQUE.

## ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

Quatorzième Congrès annuel, tenu à Boston les 20, 21 et 22 juin 1892, sous la présidence du Dr LANGMAID, de Boston (*Medical Record*, 23 juillet 1892, p. 105-108).

I. *Allocution du Président.* — M. LANGMAID prononce l'éloge funèbre des Drs Donaldson, de Boston, et Morell Mackenzie, membre et membre honoraire de l'Association. Il signale les récents progrès de la laryngologie. Il insiste sur le rôle des associations et des congrès laryngologiques dans les progrès accomplis.

II. BRYSON DELAVAN (de New-York). — *Influence de quelques diathèses sur les opérations pratiquées sur la gorge et leur pronostic.*

Dans le goitre exophtalmique, la lymphadénie, l'ablation d'amygdales hypertrophiées ou de végétations adénoïdes peut se faire sans risque extraordinaire.

Dans la scrofule, l'extirpation complète est difficile, la cicatrisation lente, les récidives fréquentes, assez fréquentes pour qu'on doive toujours faire pressentir la possibilité d'une récidive. Les interventions réussissent d'autant mieux qu'elles sont plus précoces.

Dans le rhumatisme, les difficultés sont minimes et le pronostic très favorable.

Dans l'hémophilie, le danger est si grand que toute intervention se trouve contre-indiquée. Aucun des procédés actuels ne permet de pratiquer avec sécurité l'ablation des végétations adénoïdes. Le fait est d'autant plus important que celles-ci sont très fréquentes chez les hémophiliques. On doit se défier même du galvano-cautère, qui ne met pas à l'abri des hémorragies immédiates et surtout secondaires.

III. HARTWELL-CHAPMAN (de New-Haven). *Sur quelques affections des voies respiratoires supérieures coexistant avec des attaques de grippe.* — Seize cas de grippe sur des sujets déjà malades antérieurement de néphrites, de diabète, de rhumatisme, d'affections médullaires.

Dans la grippe chez les rhumatisants, les complications observées furent la laryngite croupale compliquée de bronchopneumonie (1 cas), les aphtes de la bouche et du pharynx étendus à l'entrée du larynx (2 cas).

Chez les brightiques, inflammation naso-pharyngée avec exsudat sanguino-purulent, amygdalite aiguë, adénite cervicale. Dans un cas, laryngite croupale.

Chez un diabétique, congestion de tout le pharynx et œdème du larynx.

Dans les affections médullaires on a noté l'aphonie, l'inflammation naso-pharyngée avec suppuration. Le ralentissement du pouls fut remarquable.

*Discussion :* Beverley-Robinson n'a observé aucune complication analogue.

Mulhall a observé des cas d'œdème du larynx.

IV. KNIGHT (de Boston). *Pharyngomycose.* — On observe cliniquement des folliculites chroniques tenaces occupant non seulement l'amygdale, mais la base de la langue et même les piliers palatins. Les exsudations blanches ou jaunâtres, filamenteuses ou crétacées, s'enfoncent parfois profondément dans les follicules. Le seul traitement qui ait donné quelque succès est la ponction profonde de chaque follicule atteint au galvano-cautère. L'incision de la partie d'amygdale atteinte abrège beaucoup, quand elle est possible, la durée du traitement.

*Discussion :* Delavan a obtenu des résultats thérapeutiques bien meilleurs que ceux que donne la cautérisation par les lavages au borax sublimé et surtout le traitement des troubles dyspeptiques qui accompagnent souvent la pharyngomycose.

*De Blois* conseille le nitrate d'argent. Il insiste aussi sur le traitement de la dyspepsie.

*Johnston* a observé cette maladie presque exclusivement chez des enfants ou des vieillards débilités. Il recommande un traitement tonique à côté du traitement local.

*Chapman* emploie localement l'acide nitrique fumant. Il donne intérieurement la solution chlorhydrique.

V. WRIGHT (de Brooklyn). *Épithélioma fibreux de la base de la langue*. — Diagnostic très difficile au début, où existaient seulement de chaque côté de la base de la langue deux nodules fermes durs. Ces nodules finirent par s'abcéder, et l'on fit l'extirpation. Il n'y eut pas de récurrence locale. Mais le malade finit néanmoins par succomber.

VI. BEVERLEY-ROBINSON (de New-York). *Les angines membraneuses*. — Rien de plus difficile que de distinguer, même après examen bactériologique, les angines membraneuses des angines diphthéritiques vraies. L'absence du bacille de Lœffler ne prouve pas nécessairement qu'il ne s'agit pas de diphthérie. Dans les cas douteux il emploie surtout, comme désinfectant, les fumigations de soufre et comme traitement direct la poudre de cubèbe à petites doses, très fréquentes, prises directement dans la bouche.

Il discute l'utilité qu'il y a à apposer une affiche sur les maisons où est un malade atteint de diphthérie, et conclut par la négative. La question de la prophylaxie de la diphthérie est mise à l'ordre du jour du prochain congrès.

#### VII. *Instruments et médicaments divers :*

MORRIS-ASCH (de New-York). 1° Tampon spécial en caoutchouc perforé servant après les opérations, pour déviation de la cloison; 2° Électrodes et curette pour végétations adénoïdes.

DELANVAN (de New-York). Utilité du lait peptonisé pour faire tolérer l'iode de potassium.

JOHN O. ROE (de Rochester). Pince pour redresser la cloison nasale.

KNIGHT (de New-York). Amygdalotome avec anneau de sûreté.

VIII. KNIGHT (de New-York). *Intubation pour une sténose chronique du larynx chez un enfant de dix ans*. — Un néoplasme interglottique sur la nature duquel on hésita longtemps, avait déterminé une sténose peu marquée du larynx. L'intubation

avec le tube de O' Dwyer pratiquée pour remédier à la dyspnée donna un très bon résultat palliatif. Le tube fut toléré trois mois sans aucun trouble. Son extraction après anesthésie par la cocaïne et à l'aide du miroir fut d'une grande facilité. Finalement on se décida, regardant l'affection comme un papillome, à faire la trachéotomie, la thyrotomie et l'ablation. Mais l'enfant succombait peu après à une tuberculose généralisée.

Dans un cas de ce genre l'intubation amène une survie au moins aussi longue et une existence moins triste que la trachéotomie.

IX. MAC-COY (de Philadelphie). *Formes rares de tumeurs laryngées.* — 1° Myxome du larynx provenant du bord de l'orifice du ventricule. Cette forme de tumeur est rarissime. Après l'ablation, retour intégral de la voix.

2° Fibrome semblant implanté sur la face antérieure du cartilage aryénoïde. Cette forme de tumeur est un peu moins rare. Une première ablation au serre-nœud n'a encore permis d'enlever qu'une grande partie de la tumeur, mais non sa totalité.

X. SWAIN (de New-Haven). *Tumeur du larynx.* — Fibromyxome volumineux implanté à la partie antérieure de la commissure des cordes vocales. L'extraction fut difficile en raison du volume de la tumeur et de l'épaisseur du pédicule. La voix et la respiration furent très améliorées; pas de récurrence après deux ans.

*Discussion :* Rice, pour les petites tumeurs laryngées, préfère la guillotine à la pince. Récemment l'emploi d'une solution de cocaïne à 4 0/0 dans le larynx amena une syncope chez un de ses opérés.

Langmaid a essayé la nicotine pour une ablation de tumeur du larynx, mais a eu des accidents d'intoxication.

XI. RICE (de New-York). *Emploi des sprays dans les affections catarrhales des voies respiratoires supérieures.* — L'emploi des injections à condition d'apporter un soin minutieux dans le choix du médicament actif du véhicule, de la température de la pression, pourrait notablement restreindre les opérations. Voici quelques règles générales :

Le pétrole donne de bons résultats, mais il laisse souvent à sa suite une sécheresse des fosses nasales très désagréable.

L'iodoforme, l'aristol perdent beaucoup de leurs propriétés antiseptiques et stimulantes quand ils sont incorporés à l'huile.

Une solution faible de cocaïne à 1 0/0 agit comme le meilleur des astringents. On peut aussi parfois employer ainsi la morphine, l'aconit.

Les fosses nasales postérieures supportent une pression beaucoup plus forte que les fosses nasales antérieures.

*Discussion* : Bosworth n'accorde aux irrigations qu'une simple valeur de propreté.

Mackenzie, Asch, etc. croient au contraire à leur réelle efficacité.

XII. JOHN ROE (de Rochester). — *Correction de la difformité résultant des abcès de la cloison*. — Roe décrit une opération ayant pour but de corriger cette difformité non par une rhinoplastie, mais par une opération sous-cutanée et intranasale. Cette opération comprend cinq temps :

1° Les tissus épais et saillants sont incisés des deux côtés de la cloison. Les incisions suivent le rebord des tissus affaissés à travers le cartilage de l'aile. On a grand soin de s'arrêter à la peau.

2° La peau est détachée du dos du nez soulevé. Les lambeaux ainsi formés sont maintenus par de petites plaques d'ivoire offrant des trous à travers lesquels passent les sutures. La constriction ne doit pas étrangler les tissus.

3° Scarification de chaque côté de la partie inférieure de la cloison.

4° En face des points où la cloison manque de résistance, d'épaisses bandes de tissu sont détachées du plancher des narines, relevées, fixées par de fines sutures au niveau de leur bord supérieur à la cloison.

5° Un petit ressort en spirale maintient jusqu'à cicatrisation les parties en position.

XIII. DE BLOIS (de Boston). — *Résultats éloignés des cautérisations intranasales*. — Quand on observe après un ou deux ans des malades ayant subi des cautérisations intranasales, ordinairement pour des hypertrophies des cornets, on constate souvent que le résultat obtenu a été nul. L'obstruction nasale persiste soit que des replis tuméfiés de la muqueuse se soient formés de chaque côté de la cicatrice, soit qu'il y ait un froncement général. La cautérisation, pour réussir, ne doit être ni trop profonde ni trop superficielle, ni trop minime ni trop étendue.

XIV. H. BRYAN (de Washington). — *Ethmoïdite supprimée.* — Le malade offrait les symptômes suivants : sécrétions nasales caséeuses, épaisses, fétides; douleur du dos du nez, du bord inférieur de l'orbite, de la tempe; cephalée très vive. Deux polypes muqueux se trouvaient implantés sur le cornet moyen gauche. Il existait de l'opacité de l'antre d'Highmore gauche et une infiltration des cellules ethmoïdales. Une rupture spontanée de l'abcès amena une issue abondante de matières grumeleuses et fut suivie d'une grande amélioration locale et générale.

Le prochain Congrès aura lieu en 1893, à New-York, la dernière semaine de mai. Sont élus : *Président* : Morris Asch, de New-York; *Vice-Président* : Johnston, de Baltimore, et Mulhall, de Saint-Louis; *Secrétaire-Trésorier* : Knight, de New-York; *Bibliothécaire* : French, de Brooklyn; *membre du Comité* : Langmaid, de Boston.

A.-F. PLICQUE.

---

#### PRESSE FRANÇAISE

---

**La toux de gorge et son traitement**, par WLADIMIR (de Holstein).  
(*Semaine médicale*, page 34; 17 février 1892.)

La plupart des médecins pensent avec une association d'idées telle que tout malade qui vient les consulter pour une toux opiniâtre, est immédiatement examiné, et ensuite traité dans le sens d'une trachéo-bronchite évidente ou latente. Or le catarrhe de la « gorge » (nom vulgaire de la région naso-pharyngo-laryngée) peut, bien plus souvent qu'on ne croit, engendrer une toux per-istante, épuisante; le coryza chronique, le coryza postérieur surtout, donnent naissance à des mucosités qui tombent dans le pharynx, l'irritent et produisent la toux, et secondairement les efforts de toux déterminent du catarrhe laryngien. En l'absence d'un traitement local, ce catarrhe de la gorge et la toux qui en résulte peuvent s'éterniser pendant des années. Or, ce traitement local doit être à base de menthol : 1° contre le coryza chronique, prises fréquentes de poudre d'acide borique; et deux fois par jour badigeonnages du nez avec une solution de menthol à 1/20 dans l'huile d'olive; 2° contre la pharyngite, attouchements du pharynx, surtout dans sa partie supérieure, avec la glycérine iodée faible



mentholée (1/80); 3<sup>e</sup> et enfin chaque jour, au moins une fois, injections intra-laryngées d'huile mentholée : il suffit que le liquide huileux soit déversé à l'entrée du vestibule laryngien, pour s'étendre de là sur toute la muqueuse vocale : dès lors l'introduction de la canule de la seringue réclame peu de précision; aux médecins qui n'ont pas l'habitude de se servir du miroir laryngien, il recommande d'introduire l'index gauche jusqu'à la base de la langue et de s'en servir comme d'un conducteur.

Les lavages du nez au siphon de Weber sont bannis de ce traitement; car, dans la rhinite chronique, à tendance hypertrophique, l'auteur les accuse d'augmenter le gonflement et d'amener des coryzas persistants et violents.

M. L.

**Purpura et érythème papulo-nouveux au cours d'une amygdalite à streptocoques**, par P. LE GENDRE et P. CLAISSE. (*Soc. méd. hôp.*, 8 janvier 1892; et *Union médicale*, 21 janvier 1892.)

Le purpura infectieux, à point de départ laryngé, est rare. Des cas publiés par Boeck, Rehmer, il faut rapprocher l'observation actuelle. Une femme de 33 ans contracte une angine aiguë avec état infectieux et vagues douleurs articulaires. Le troisième jour apparaissent de nombreuses taches de purpura sur les membres inférieurs et le ventre. Pendant trois semaines l'amygdalite persiste : simplement cryptique au début, elle devient plus tard ulcéreuse; l'état saburral, l'anémie s'accroissent et des poussées de purpura alternent avec des éruptions de plaques érythémateuses autour des poignets, de nodosités au devant des tibias.

Le 15 décembre, l'ulcération amygdalienne est guérie; simultanément, les dernières taches purpuriques s'effacent; l'appétit revient. Le 20, la santé est rétablie.

La culture de l'essudat puisé au fond des cryptes démontra la nature streptococcique de l'amygdalite. En revanche, le sang recueilli par scarifications au niveau des taches purpuriques, fut constamment trouvé stérile. On ne saurait cependant nier que le purpura ait été sous la dépendance de l'infection amygdalienne. Dès lors, deux hypothèses peuvent être invoquées pour expliquer ce résultat négatif : ou bien le purpura résultait d'embolies des streptocoques; mais ces microbes, retenus dans un caillot fibrineux, ne pouvaient être entraînés par le sang sorti au niveau de piqûres : un fait analogue a été démontré par Claisse dans un cas de purpura pneumococcique; ou bien il fallait seulement incriminer l'action des toxines sécrétées par les microbes, les-

quelles, soit en modifiant le cours du sang, soit en influençant le vaso-moteur, avaient déterminé la production d'hémorragies cutanées.

M. L.

**Contribution à la pathologie des processus tonsillaires inflammatoires**, par A. SOKOLOWSKI et Z. DMOCHOWSKI (*Archiv. intern. de laryngologie*, novembre 1891, janvier et mars 1892, tome IV, page 331; tome V, pages 46 et 102.)

En prenant comme base leurs recherches anatomo-pathologiques, les auteurs essayent une nouvelle classification des diverses formes d'affections amygdaliennes dans lesquelles les cavités lacunaires s'emplissent de masses blanchâtres : ils tentent une dissociation nosologique du groupe étiqueté : *angina lacunaris*. Aussi ils arrivent à distinguer provisoirement quatre processus.

1° *Hypertrophia tonsillarum simplex*. — La cause en réside dans une prédisposition innée de l'organisme à faire de l'hypertrophie de tout le système lymphatique de la gorge; l'existence de catarrhes répétés n'en est pas, comme on l'a dit, le seul facteur, sans cela comment s'expliquerait l'hypertrophie amygdalienne des nouveau-nés? Molles ou dures, ces grandes amygdales renferment dans leurs lacunes une sécrétion opaque; le plus souvent cependant ces lacunes sont plus étroites qu'à l'état normal, rétrécies par l'hypertrophie du tissu folliculaire qui l'entoure. Ce rétrécissement, s'il siège à l'orifice des cryptes, peut, en s'exagérant, aboutir à l'oblitération complète; dès lors, le contenu renfermé dans une cavité close dilate celle-ci. La sténose de l'orifice des lacunes peut aussi être d'origine cicatricielle et consécutive à l'existence d'excoriations catarrhales superficielles. La masse jaune blanchâtre contenue dans ces lacunes se compose surtout de cellules épithéliales cornées, rangées suivant une disposition concentrique; de quelques rares corpuscules lymphatiques, et de microbes les plus variés, que S. et D. considèrent comme des saprophytes, en raison du manque de réaction inflammatoire.

Mais ainsi est constitué un cercle vicieux, car si l'hypertrophie des amygdales détermine la rétention de la sécrétion des lacunes, celle-ci, subissant du fait de sa stagnation des fermentations microbiennes, devient à son tour un agent d'excitation qui sollicite l'accroissement du processus hypertrophique. L'hypertrophie est donc la cause principale qui préside au développement des autres modalités pathologiques amygdaliennes.

2° *Tonsillitis lacunaris chronica desquamativa*. — Elle est connue. Des masses jaunâtres s'accumulent dans la crypte et amènent des troubles subjectifs variables : lénesme pharyngien, sensation de corps étrangers, toux, etc. Cette forme se distingue de l'hypertrophie amygdalienne ordinaire par l'intensité du processus ; catarrhe desquamatif intense des lacunes, pouvant du reste se montrer parfois sur des amygdales non hypertrophiées. Car l'inflammation parenchymateuse, cause de l'hypertrophie tonsillaire, est un accompagnement fréquent, mais non constant, de ce catarrhe desquamatif des lacunes.

3° *Tonsillitis lacunaris chronica desquamativa exacerbata*. — Le catarrhe desquamatif lacunaire chronique peut s'exaspérer de temps à autre, en donnant naissance à une phénoménalité nouvelle : douleurs vives, abattement général. Les bouchons jaunâtres ne se laissent que très difficilement chasser des cryptes ; parfois on note des taches blanches, lisses, dues à une exsudation sous-muqueuse et aboutissant à une exulcération superficielle. Ici, le microscope montre une desquamation de l'épithélium lacunaire bien plus accentuée que dans la deuxième forme : cette desquamation doit se faire rapidement, car le noyau de cellule épithéliale se colore encore ; de plus, l'épithélium est infiltré de corpuscules lymphatiques.

Dans le magma cryptique, de nombreux microbes disparaissent ; mais comme ceux-ci peuvent manquer et d'autre part se montrer dans des amygdales saines, S. et D. ne leur attribuent aucune valeur pathogénique et considèrent ce processus d'exacerbation de l'amygdalite lacunaire comme non infectieux. Quant aux taches blanches translucides préluant aux érosions, ce ne sont que le contenu d'une lacune soudée qui apparaît à travers la muqueuse.

4° *Tonsillitis lacunaris pseudo-membranacea*. — Forme d'amygdalite connue depuis longtemps et présentant dans son évolution des ressemblances, mais non pas des similitudes avec la diphtérie. Avec Bouehard, J. Frankel, il faut la considérer comme une maladie présentement infectieuse ; mais de nombreuses recherches faites pour en découvrir le microbe spécifique sont toujours demeurées infructueuses. Histologiquement, on trouve dans les cryptes un réseau de fibrine englobant une grande quantité de microorganismes très variés : coëci, bacilles, etc. ; seulement, l'aspect des préparations diffère légèrement de ce qu'on voit dans la diphtérie vraie, où le réseau de fibrine pénètre aussi dans la trame même des tissus qui se

mortifient ultérieurement. Malgré cela, il serait logique, au point de vue histologique pur, d'identifier ces deux formes : amygdalite lacunaire pseudo-membraneuse et diphthérie. La grosse différence réside dans la localisation de la maladie qui, dans un cas, se cantonne au fond des lacunes avec peu de tendance à s'étendre; dans l'autre, se diffuse au loin. Du reste, Fränkel a vu plusieurs cas d'angine lacunaire pseudo-membraneuse se transformer en diphthérie.

Une modification dans la terminologie pour finir : le mot *angine lacunaire*, dont on se sert généralement pour caractériser cette affection, est mauvais, le terme angine signifiant inflammation de tout le pharynx. D'autre part, *angine lacunaire* ne veut rien dire par lui-même, l'affection pouvant être catarrhale, diphthérique, etc. Quant à la dénomination d'*angine folliculaire*, elle est pire, le follicule n'étant pas intéressé en l'espèce. La seule appellation rationnelle est celle d'*amygdalite lacunaire pseudo-membraneuse*.

M. L.

**Tuberculose primitive et isolée du pharynx**, par L. JULLIEN.  
(*Soc. de dermatologie*, séance du 11 février 1892).

Fille de maison publique, non syphilitique, ayant depuis six mois de fréquents rapports avec un phtisique qui crache le sang tous les matins. Elle présente sur le pilier postérieur gauche, l'amygdale, la paroi pharyngienne, trois ulcérations jaunâtres, indolores, dont la sécrétion est très riche en bacilles tuberculeux. Rien aux poumons.

M. L.

**Angine pseudo-membraneuse à streptocoques; métrite; ecthyma ulcéreux streptococcique de la vulve et du périnée chez une accouchée; érysipèle phlegmoneux de la paroi abdominale chez l'enfant**, par L. JACQUET et J. RENAULT. (*Gazette des hôpitaux*, page 247, n° 27, 3 mars 1892).

Cette très curieuse observation démontre, entre autres choses, combien chaque jour l'aspect objectif des lésions des la gorge perd de sa valeur diagnostique; au pharynx, comme ailleurs, la bactériologie tend à bouleverser l'ancienne classification nosologique.

Une femme se présente dans le service de M. Debove, avec un mal de gorge blanc qui, joint à une certaine altération de l'état général, fait immédiatement penser à la diphthérie. Mais ce soupçon dure peu : pas de fièvre, et des boutons aux parties ; on pense à une angine syphilitique diphthéroïde. A son tour ce dia-

gnostic est rejeté, car l'histoire de la malade est la suivante : accouchement à terme ; pas de fièvre ; six jours plus tard l'enfant est pris d'érysipèle du cordon et meurt ; deux jours après, la mère, qui avait continué à allaiter, est atteinte de fièvre, souffre de la gorge, en même temps que les lochies deviennent fétides ; et simultanément il se développe de l'urétrite, de l'ecthyma ulcéreux, phagédénique de la vulve, de l'angine pseudo-membraneuse. L'examen bactériologique montre que le streptocoque est la cause de tout le mal ; il existe à l'état de pureté dans le pus des ulcérations vulvaires, dans les fausses membranes pharyngées. Il s'agit, en somme, ici, d'une affection puerpérale bénigne, localisée.

Mais quelle est la physiologie pathologique de l'angine ? Y a-t-il eu transport de l'agent pathogène de l'utérus à la gorge ? ou le streptocoque hôte habituel de la gorge, a-t-il évolué là pour son compte, créant une deuxième infection locale ? Les auteurs préfèrent la seconde hypothèse. L'état puerpéral facilite la culture du streptocoque, qui produit des infections locales là où il végète normalement.

M. L.

**Sur une variété peu connue d'angine phlegmoneuse. Périamygdale linguale phlegmoneuse**, par A. RUULT. (*Arch. intern. de laryngologie*, tome V, janvier et mars 1892, n° 1, page 8, et n° 2, page 94.)

Affection probablement fréquente, mais non encore bien décrite, sa bénignité l'ayant dû faire englober dans le groupe des « angines pharyngées inférieures » par la majorité des médecins inhabiles à manier le miroir. C'est l'inflammation suppurative aiguë, plus souvent subaiguë, de l'enveloppe celluleuse de l'amygdale linguale ; l'analogue, à la base de la langue, de la périamygdale phlegmoneuse palatine vulgaire. Ruault nous en donne une bonne étude, d'après sur six cas, dont cinq personnels.

Début brusque : malaise, courbature, frissonnements, puis fièvre pouvant durer une semaine. Bientôt douleurs de gorge vives, lancinantes, avec irradiations vers une ou deux oreilles et vers la fourchette sternale, où les malades localisent un point douloureux. Dysphagie vive : dyspnée exceptionnelle, toujours légère. Pas de tuméfaction du cou, pas d'adénopathie concomitante. Le malade ouvre aisément la bouche : la partie antérieure de la langue a son aspect normal ; mais le miroir montre une amygdale linguale très rouge, formant une tumeur lisse, souvent recouverte d'un enduit pultacé, pointillé, refoulant en ar-

rière l'épiglotte; presque toujours la lésion est unilatérale. Par réaction de voisinage, il y a tuméfaction de l'épiglotte, rougeur du pharynx et des piliers antérieurs. L'abcès formé en 2-5 jours s'ouvre spontanément au cours du deuxième septénaire; le malade crache une petite quantité de pus infect; détente locale; chute de la fièvre; en 2-3 jours s'achève la guérison.

Le diagnostic est facile. Au toucher pharyngien le doigt sent une tumeur fluctuante et superficielle: au contraire, dans la *glossite basique profonde*, l'abcès intra-musculaire présente une dureté spéciale qui le fait prendre pour une tumeur solide. Dans le *phlegmon préaryngien*, dans l'*angine de Ludwig au début*, le malade ne peut tirer la langue au dehors, et a même peine à ouvrir la bouche, à cause de la raideur qui résulte de l'empatement du plancher buccal: rien de semblable dans le cas actuel.

Où siège et comment se limite cet abcès péri-amygdalo-lingual? Sur la muqueuse, autour des follicules lymphatiques de la base de la langue; les ligaments glosso-épiglottique médian en dedans, glosso-épiglottique latéral sur les côtés, la membrane thyro-hyo-épiglottique en bas limitent l'extension du pus.

Même traitement rationnel que dans le phlegmon péri-amygdalien palatin: inutile d'inciser, puisque de lui-même l'abcès tend toujours à s'ouvrir au dehors.

M. L.

#### A propos du traitement de la diphtérie, par H. BARBIER. (*France médicale et Paris médical*, 1<sup>er</sup> janvier 1892.)

Ce travail, hautement suggestif, doit être lu dans l'original. L'auteur, dont on sait la compétence indiscutable en diphtérie, a tiré d'expériences de laboratoire très nettes une série de préceptes thérapeutiques; médication rationnelle s'il en fut. Infection locale d'abord: intoxication générale plus tard: telle est la formule pathogénique de la diphtérie. Contre un mal primitivement local, il faut un traitement local: c'est l'antisepsie de la gorge; mais celle-ci doit avoir pour base une substance dont l'action parasiticide a été dûment constatée sur le bacille. L'auteur a étudié à ce point de vue l'acide phénique; ses expériences lui ont montré que ce corps a une action empêchante sur le développement du bacille in vitro dans la solution à 1/100, mais à la condition qu'elle soit prolongée. Pour tuer le bacille par un rapide contact, comme l'est un badigeonnage de la gorge, il faut s'adresser à une solution à 1/10; c'est la solution la plus faible

qu'on puisse employer : et cependant elle est d'une causticité telle que son emploi en pratique est impossible. Mais il y a moyen de tourner la difficulté en se servant d'un véhicule qui masque la causticité de l'acide phénique sans atténuer son action parasiticide; le mélange de Gaucher donne d'excellents résultats dans ce sens : mais l'acide sulforicinique lui est supérieur. Un mélange de 100 grammes de ce corps avec 20 grammes d'acide phénique ne produit sur la muqueuse qu'une sensation de brûlure très faible, toujours passagère; les expériences de Barbier justifient son emploi dans le traitement de la diphtérie, car il se montre plus actif, moins douloureux que le mélange de Gaucher.

Ces badigeonnages fréquemment répétés, toutes les trois heures la nuit, toutes les heures le jour, doivent être associés à une copieuse irrigation buccale faite avec de l'eau salolée.

Ce traitement doit être appliqué dans sa rigueur dès le début de la maladie, surtout dans la forme hypertoxique, où l'association des streptocoques au bacille de Löffler aggrave beaucoup le pronostic.

Que l'antisepsie de la gorge soit soigneusement faite, et l'on n'observe pas les symptômes suivants qui témoignent de l'infection secondaire de l'organisme : adénopathie, albuminurie, adynamie. L'adénopathie est la pierre de touche de l'efficacité du traitement : ce n'est pas un signe lié à l'angine; c'est un symptôme d'infection surajoutée que le médecin a devoir et pouvoir de ne pas laisser se développer.

Barbier recommande encore de faire soigneusement l'*antisepsie intestinale* : les malades avalent à chaque instant des débris de fausses membranes; celles-ci renferment des microorganismes qui se cultivent dans le tube digestif et deviennent l'origine d'une nouvelle toxi-infection qui se traduit par des selles grises, granuleuses, horriblement fétides.

A noter encore dans ce travail les recommandations judicieuses sur la conduite à tenir chez l'enfant atteint de croup. On a coutume de ne voir dans le croup qu'une asphyxie mécanique à laquelle on croit avoir suffisamment paré par l'ouverture de la trachée. Mais l'enfant est avant tout un diphtéritique qui réclame jusqu'à parfaite guérison le traitement antiseptique de la gorge ci-dessus mentionné. Il ne faut pas oublier de plus que ce malade recèle le streptocoque sous une forme des plus virulentes : pour éviter les complications post-opératoires, la broncho-pneumonie tardive en particulier, la trachéotomie devra être faite avec les plus mi-

nutieuses précautions antiseptiques, et la plaie minutieusement pansée. C'est là une recommandation que bien des médecins devraient méditer.

M. L.

**Des perforations syphilitiques de la voûte palatine**, par le professeur DUPLAY. (*Mercredi médical*, n° 5, p. 49, 3 février 1892.)

D'après les auteurs classiques, la perforation syphilitique de la voûte palatine se fait par le procédé suivant : production d'une gomme sous-périostique qui décolle la fibro-muqueuse palatine, nécrose de l'os sous-jacent, élimination du séquestre, perforation. Duplay ne croit pas que les choses se passent ainsi ; pourquoi la perforation siègerait-elle nécessairement sur la ligne médiane, ainsi que cela est la règle ? On ne voit pas en effet pour quelle raison une gomme ne pourrait se produire en n'importe quel point du palais. Et en second lieu, pourquoi cette gomme produirait-elle toujours une perforation ? Journallement nous observons sur le crâne des gommes sous-périostiques qui ne font qu'entamer l'os très superficiellement. Se fondant sur l'évolution des cas qu'il a observés, Duplay admet que la gomme se développe d'abord du côté des fosses nasales ; et, en effet, la phase de perforation est pendant un certain temps précédée d'une période de coryza, avec suppuration fétide. Cette gomme a un siège de prédilection évident — sans qu'on en puisse connaître la raison — *au niveau de la synostose qui unit le bord inférieur du vomer aux lames horizontales des os palatins et du maxillaire inférieur*. Alors, et secondairement, se produit un phénomène qui n'est pas rare dans la périostite des os plats : le point symétrique de la face opposée est à son tour atteint. Donc la fibro-muqueuse palatine se décolle, l'os se nécrose et le séquestre est éliminé le plus souvent par voie nasale : ainsi naît la perforation. De là découle une conséquence pratique de haute importance : la possibilité de prévenir la perforation du palais en soignant vigoureusement le coryza syphilitique ; iodure à fortes doses et localement grands lavages antiseptiques.

Quand la perforation est constituée, le seul moyen de la guérir consiste dans l'opération de Baizeau-Langenbeck. Mais il est important de soumettre les malades au traitement spécifique avant et même après l'opération ; avant, pour ne pas s'exposer à agir sur des tissus encore malades après, et cela



pendant plusieurs mois, afin d'éviter la production de nouvelles perforations au voisinage de l'ancienne.

M. L.

**Note sur un cas de cancer de la langue à signes insolites, par TREKAKI et LENORMAND. (*Gaz. des hôp.*, 17 mars 1892.)**

Homme de 50 ans. A contracté il y a vingt-cinq ans un chancre induré; pas de traitement local à ce moment; quatre années plus tard, rhinite purulente ayant amené une perforation de la cloison. En mars 1891 se montre, sur le bord gauche de la langue, une ulcération non douloureuse diagnostiquée: gomme linguale; à deux reprises, le traitement spécifique est institué pendant quinze jours, sans succès. En octobre 1891, ulcération plus étendue, facilement saignante, à fond pseudo-membraneux, fétide, reposant sur une base indurée; la langue a perdu presque tous ses mouvements. Mais il n'y a aucune douleur provoquée ou spontanée au niveau du cou ou des oreilles; de plus, l'état général est excellent. Troisième traitement spécifique, également inutile. Six semaines plus tard, grand changement; toujours pas de douleur, mais l'ulcération, horriblement fétide, a détruit presque toute la langue; adénopathie angulo-maxillaire; même fétidité buccale intense et trismus; amaigrissement, anémie profonde. Mort par syncope à la suite d'une hémorragie en nappe. A l'autopsie, épithéliome de la langue et des ganglions sous-maxillaires, sans généralisation. L'examen microscopique n'a malheureusement pas été pratiqué.

Les auteurs insistent sur la bizarrerie de cette évolution d'un cancer lingual qui, pendant longtemps, s'est faite sans porter atteinte à la santé générale et sans produire la moindre douleur; peut-être cette symptomatologie insolite dénote-t-elle l'existence d'une hybridité syphilo-carcinomateuse, telle que l'a décrite Verneuil.

M. L.

**Erysipèle à début insolite caractérisé par une glossite intense.**

**Guérisson, par RENDU. (*France médicale et Paris médical*, 15 janvier 1892.)**

Claude A..., 23 ans, à la suite d'un refroidissement, est pris de frissons, de courbature générale, avec sentiment de sécheresse dans la bouche. Deux jours après, il se présente à l'hôpital Necker dans l'état suivant: douleurs de gorge violentes, déglutition absolument impossible; la bouche, entr'ouverte, laisse incessamment écouler la salive. Phonation, articulation nulles. La langue, tuméfiée, occupe toute la cavité buccale, dé-

bordant même les arcades dentaires ; sa pointe est globuleuse, sa surface revêtue d'un exsudat couenneux. Consistance molle, mais nulle part de fluctuation nette. L'examen de la gorge est impraticable en présence du volume de la langue.

De quelle nature est cette glossite ? Le malade présente des signes nets de syphilis secondaire : roséole, syphilide papulo-squameuse ; aux commissures des lèvres rhagades fissurées spécifiques. Cependant il n'est pas dans les habitudes de la syphilis secondaire de produire des glossites inflammatoires aussi intenses.

L'ensemencement de l'exsudat lingual ayant donné des cultures presque pures de streptocoques, Rendu croit que les lésions syphilitiques ont servi de porte d'entrée à des microbes qui ont abouti à produire une glossite érysipélateuse. La confirmation absolue de ce diagnostic est donnée par l'évolution ultérieure de la maladie. Six jours après le début des accidents, la langue a repris à peu près ses dimensions normales ; la fièvre est tombée. Mais bientôt elle se rallume, et l'on assiste au développement d'un érysipèle facial typique. M. L.

**Fistule branchiale à paroi complexe ; gaine musculaire striée, glandules et diverticules ; déductions thérapeutiques**, par le Dr F. LEJARS. (*Progrès médical*, 13 février 1892.)

Étude très intéressante sur les fistules congénitales du cou, à propos d'un cas personnel de fistule borgne externe à laquelle était annexé un nodule glandulaire, de structure analogue aux glandes du pharynx et qu'entourait un long faisceau musculaire strié, allant se perdre en haut dans le constricteur supérieur du pharynx. De tels faits sont moins rares que ne le laisse supposer la pauvreté de la littérature à ce sujet. Cette gaine striée n'a encore été signalée que par Watson ; c'est une couche musculaire formée de fibres parallèles à l'axe du conduit, confondue d'une part avec la musculature du pharynx et venant, d'autre part, s'attacher à la face profonde de la peau, au voisinage de la fourchette sternale. Quant aux glandules péribranchiales, elles offrent deux types : tantôt disséminées en nappe autour du conduit fistuleux (Roth, Cuisset) ; tantôt organisées en un lobule unique (Lejars). L'existence de ces glandules a une haute importance clinique : elle fait comprendre la sécrétion souvent très abondante de ces fistules ; elle montre pourquoi les injections irritantes n'amènent qu'une occlusion temporaire du conduit. Pour arriver à une guérison complète, il est de

toute nécessité de détruire radicalement la paroi si complexe de ces fistules. Pour cela, il n'est que deux procédés : l'extirpation au bistouri, ou l'électrolyse, introduite par Le Fort dans le traitement des fistules branchiales. Celle-ci est le procédé de choix, surtout quand on a affaire à de longs trajets traversant toute la hauteur du cou, et dont l'éradication laisserait à sa suite une grande cicatrice, bien plus gênante encore que ne l'est une fistule congénitale. Cependant si l'électrolyse échoue, c'est à l'extirpation totale qu'il faut recourir, en ayant soin de ne point laisser dans la plaie de glandules aberrantes, de diverticules, qui sont la cause des récidives.

M. L.

**Sur les propriétés anesthésiques de la cocaïne**, par A. BIGNON (de Lima). (*Bull. gén. de thérapeutique* p. 170, 29 février 1892.)

Rien de ce qui a rapport à la cocaïne ne peut être indifférent aux spécialistes : il y a donc lieu de reproduire les conclusions de ce travail.

La cocaïne en solution acide perd ses propriétés anesthésiques ; mais celles-ci y restent à l'état latent. Or, la neutralisation les fait apparaître de nouveau. Inversement, l'action anesthésique atteint son maximum d'intensité quand la cocaïne est en suspension dans un liquide légèrement alcalin ; en précipitant un sel de cocaïne par une solution de carbonate de soude (qui vaut mieux pour cela que le bicarbonate), on obtient un liquide louche, contenant la cocaïne en suspension et que l'auteur nomme *lait de cocaïne* ; mais ce lait n'a d'action puissante que s'il est préparé extemporanément, sans quoi la cocaïne se précipite en masse et son activité décroît.

Les chlorhydrates de cocaïne du commerce étant acides, du fait de leur mode de préparation, leurs solutions conservent donc une partie de leurs propriétés anesthésiques à l'état latent. Or, 0,10 de ce sel en solution aqueuse produiront moins d'anesthésie que 0,05 en lait de cocaïne.

Le *temps de contact* est un facteur qui intervient aussi puissamment dans la variabilité de l'effet anesthésique de l'alcaloïde. C'est plus de la *durée du contact* que de la *dose de cocaïne* que dépend la *durée de l'anesthésie*. La dose de 0,05 de cocaïne en lait produit une suffisante anesthésie si le contact de la solution avec la muqueuse buccale, par exemple, est maintenu cinq minutes ; dans ce cas, l'anesthésie dure un quart d'heure ; si le

contact se prolonge dix minutes, on obtient une demi-heure d'anesthésie.

M. L.

**Le phénate de cocaïne**, par von EFFELE (d'Hengersberg). (*Semaine médicale*, p. LVIII, 23 mars 1892.)

L'auteur se sert exclusivement du phénate de cocaïne : ce sel exerce une action analgésique locale beaucoup plus persistante que celle du chlorhydrate (jusqu'à 36 heures) ; de plus, il supprime les chances d'intoxication cocaïnique. Cela résulte de son insolubilité à peu près complète dans l'eau, et par suite dans les humeurs de l'organisme ; ce sel ne se résorbe donc pas, et par suite, son action analgésique locale est durable. L'auteur préconise l'emploi de solutions au dixième dans l'alcool absolu. Sa posologie du reste demeure la même que celle du chlorhydrate, en substituant un dissolvant alcoolique au dissolvant aqueux.

M. L.

## PRESSE ÉTRANGÈRE

**Perfectionnement du mode d'examen du conduit auditif et de la membrane**, par J. WARD COUSINS (*British medical Journal*, 16 janvier 1892).

Le spéculum imaginé par l'auteur se compose du tube métallique ordinaire en forme d'entonnoir, muni d'un large anneau de métal sur lequel s'adaptent :

1° Un petit miroir concave ;

2° A l'extrémité du même diamètre, une petite lentille.

Le miroir projette dans le spéculum une lumière artificielle ou la lumière du jour, et la lentille sert à agrandir l'image otoscopique.

Pendant l'examen, le malade incline fortement le cou de façon à ce que le spéculum introduit dans le conduit auditif soit dans la position verticale.

H. M.

**Paralysie bulbaire avec paralysie bilatérale des abducteurs des cordes vocales**, par le Dr SUCKLING (*Midland medical Society. — Brit. med. Journal*, 9 janvier 1892).

Un homme de 43 ans fut admis au Queen's Hospital à cause

d'une dyspnée intense. Il présentait des signes de paralysie bulbaire. Les cordes vocales étaient en adduction, et pendant l'inspiration, elles venaient au contact; pendant l'expiration, elles se séparaient légèrement. Trachéotomie. Le malade meurt bientôt après l'opération. Ni syphilis, ni alcoolisme, ni saturnisme.

H. M.

**Ulérations tuberculeuses de la langue avec coupes montrant les bacilles**, par CHARLES A. MORTON (*Pathological Society of London*. — *Brit. med. J.*, 9 janvier 1892).

M. Morton présente une observation de tuberculose linguale, ainsi que des coupes histologiques montrant le tissu infiltré de petites cellules, de cellules géantes, ces dernières contenant de nombreux bacilles. M. Morton pense que, dans ce cas, la tuberculose linguale, secondaire à la phthisie pulmonaire, a été produite par les crachats venant infecter de petites érosions que de mauvaises dents avaient faites sur la langue. Le diagnostic put être considérablement aidé par l'examen microscopique de fragments de la tumeur linguale.

H. M.

## INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

### ALLEMAGNE ET AUTRICHE-HONGRIE.

#### Oreille.

Zur Frage von der Aetiologie der peripherischen Facialislähmung. — Sur l'étiologie des paralysies faciales périphériques, par M. Bernhardt (*Berl. Klin. Woch.*, 29 février et 7 mars 1892).

Zwei Fälle von Operationen an der Vena jugularis und dem Sinus transversus wegen Pyämie nach Mittelohr Eiterung. — Deux cas d'opérations sur la veine jugulaire et le sinus transverse pour cause de pyémie consécutive à une otite moyenne, par Rushton Parker (*Berliner Klin. Woch.*, 7 mars 1892).

Ein neuer Katheter für die Tuba Eustachii. — Un nouveau cathéter pour la trompe d'Eustache, par J. Herzfeld (*Berl. Klin. Woch.*, 14 mars 1892).

Sur la persistance de cavités osseuses béantes épithérialisées à la suite de la trépanation de l'apophyse mastoïde, par E. Hoffmann (*Deuts. Med. Woch.*, n° 6, 1892).

Ein Beitrag zur Frage der differential diagnostischen Bedeutung der Prüfung der Gehörfunktion mit der Stimmgabel. — Contribution à la

question de l'importance au point de vue du diagnostic différentiel de l'essai de la fonction auditive avec le diapason, par von Krzywicki (*Berl. Klin. Woch.*, 21 mars 1892).

Eine seltene Erkrankung des Labyrinthes wahrscheinlich durch die Scharlachaffection des Kindes entstanden. — Affection rare du labyrinthe provenant vraisemblablement de la scarlatine chez un enfant, par E. Baumgarten (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd XXII).

Einige neue Apparate und Instrumente zur Galvanocaustik und electricischen Beleuchtung. — Quelques nouveaux appareils et instruments pour la galvano-caustique et l'éclairage électrique, par L. Jacobson (*Berliner Klin. Woch.*, 28 mars 1892).

Rapport sur les progrès de l'anatomie, l'histologie et la physiologie de l'organe de l'ouïe et de la cavité nasale pendant la seconde moitié de 1890 et la première moitié de 1891, par A. Barth (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd XX II, h. 3 in-4, 1892).

Un cas de grand vertige nerveux dans tous les contours du limaçon, par Bezold et Scheibe (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd XXII h. 3 n. 4, 1892).

Sur les injections dans les maladies d'oreilles, par A. Bing (*Centralblatt f. d. gesam. Therapie*, mars 1892).

Sur les polypes perforés de l'oreille, par Grünwald (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd XXII, h. 3 u. 4, 1892).

Rapport sur les progrès de la pathologie et de la thérapeutique des maladies de l'organe de l'ouïe, dans la seconde moitié de 1890 et la première moitié de 1891, par A. Hartmann (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd XXII, h. 3 u. 4, 1892).

Nouvelle méthode de recherche pour le diagnostic différentiel des maladies du labyrinthe et de l'oreille moyenne, par Jankau (*Deuts. Med. Woch.*, n° 10 1892).

I. Les sourds-muets en Danemark. — II. Un cas de surdi-mutité consécutive à la rougeole, par H. Mygind (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd XXII, h. 3 u. 4, 1892).

Trepanation de l'apophyse mastoïde par A. Politzer (*Int. Klin. Rundschau*, n° 9, 1892).

Otite moyenne, par Schultz (*Int. Klin. Rundschau*, n° 6, 1892).

I. Résultats de l'examen de l'ouïe dans la surdité purement catarrhale. — II. Examen fonctionnel de l'oreille normale, par Siebenmann (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXII, h. 3 u. 4, 1892).

Un cas de destruction et d'ossification partielle des deux labyrinthes, probablement à la suite d'une méningite, par Steinbrügge (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXII, h. 3 u. 4, 1892).

Compte rendu de la section otologique de la 64<sup>e</sup> réunion des médecins et naturalistes allemands à Halle s/S., du 21 au 25 septembre 1891, par Truckenbrod (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXII, h. 3 u. 4, 1892).

Furunculotom für den äusseren Gehörgang. — Furunculotomie pour le conduit auditif externe, par Koehler (*Monatschr. f. Ohrenh.*, n° 3, 1892).

Présentation des coupes de deux organes de l'ouïe, par Treitel (*Berliner Med. Gesellsch.*, 16 mars, in *Berl. Klin. Woch.*, 11 avril 1892).

Ueber extradurale Abscesse nach Otitis. — Abscesses extraduriens consécutifs aux otites, par Hessler (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 33, l. 2 mars 1892).

Beitrag zur Hammer Amboss excision. — Contribution à l'excision du marteau et de l'enclume, par C. Reinhard (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 33, h. 2, mars 1892).

Ueber Erkrankung des Gehörorgans infolge von Tabès. — Affection de l'organe de l'ouïe consécutive au tabès, par J. Habermann (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 33, h. 2, mars 1892).

Compte rendu des séances de la section otologique de la 64<sup>e</sup> réunion des naturalistes et médecins allemands à Halle s/S., 21-25 septembre 1891 (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 33, h. 2 mars 1892).

I. Ueber extradurale Eiteransammlungen im Verlauf von Mittelohr

erkrankungen. Collections purulentes extra duriennes au cours d'affections de l'oreille moyenne. — H. Beitrage zur Heilung der metastatischen Pyämie bei Mittelohrerkrankungen. Contribution à la guérison de la pyémie métastatique au cours d'affections de l'oreille moyenne, par E. Hecke (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 33, h. 2, mars 1892).

Ueber Fremdkörper im Ohr. — Corps étrangers de l'oreille, par B. Sperber (*Dissert. Inaug.* Halle s/S., 1891).

Klinische Beobachtungen über Eröffnung des Proc. mastoideus. — Remarques cliniques sur l'ouverture de l'apophyse mastoïde par H. Kanasugi (*Dissert. Inaug.* Würzburg, 1891).

Ueber Ohrerkrankungen nach Grippe. — Affections de l'oreille à la suite de la grippe, par Scholze (*Militärarztl. Zeits.*, n° 39, 1891).

Beitrag zur Sinusthrombose. — Contribution à la thrombose des sinus, par Hansberg (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 1, 1892).

Instrumente zur Application der Trichloressigsäurim Ohr und Nase. — Instruments pour l'application de l'acide trichloracétique dans l'oreille et dans le nez, par Cholewa (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 2, 1892).

Sphère auditive et mouvements de l'oreille, par B. Baginsky (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*, p. 227, 1891).

Sur la valeur des méthodes d'exploration de l'ouïe dans l'appréciation de la dureté de l'ouïe consécutive à des accidents, par Kiesselbach (*Munch. Med. Woch.*, n° 13, 1892).

Ueber therapeutische Ergebnisse einiger neuer ohrenärztlicher Heilmittel. — Sur la valeur thérapeutique de quelques nouveaux médicaments dans la pratique otologique, par S. Szenes (*Allg. Wiener Med. Zeit.*, 3 mai 1892).

Elektrische Durchleuchtung des Warzenfortsatzes. — Éclairage électrique de l'apophyse mastoïde, par Urbantschitsch (*K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 20 mai; in *Wiener Klin. Woch.*, 26 mai 1892).

Sur la fermeture et sur l'ouverture de l'embouchure de la trompe d'Eustache, par Beckmann (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XXII, h. 2, 1892).

Maladies de l'apophyse mastoïde, par Buchbinder (*Dissert. Inaug.* Berlin, 1891).

Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Studierende und Aerzte. — Manuel d'otologie à l'usage des étudiants et des médecins, par K. Bürkner. (In-8° de 368 pages, avec 136 gravures sur bois d'après des dessins originaux de l'auteur, F. Enke, éditeur, Stuttgart, 1892).

Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. — Les maladies de l'oreille et leur traitement par A. Hartmann. (In-8° de 231 pages, 5<sup>e</sup> édition, revue et augmentée avec 48 figures, librairie médicale Fischer, H. Kornfeld, Berlin 1892).

Deux cas de perforation de l'autre mastoïdien d'après Bezold, par Guye (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd XXIII, p. 1, 1892).

Statistique de l'otite moyenne, par Heinemann (*Dissert. Inaug.* Goettingue, 1891).

L'influenza et l'oreille, par Laskowski (*Dissert. Inaug.* Königsberg, 1892).

Carie du rocher, par Merkel (*Dissert. Inaug.* Goettingue, 1892).

Maladies d'oreille dans l'influenza, par Pfahl (*Dissert. Inaug.* Bonn, 1892).

Relations entre l'oreille et les dents, par Pollak (*Centr. f. d. gesam. Therapie.* mai. 1892).

Recherches anatomiques sur les deux rochers d'une fillette morte 3 ans après avoir été atteinte d'une surdité complète consécutive à la scarlatine. Mort de méningite suppurée, basilaire et convexe, par Moos (*Zeits. f. Ohrenheilk.* Bl XXXIII, h. 1, 1892).

Perforations traumatique de la membrane du tympan, par Nothers (*Zeits. f. Ohrenheilk.* Bd XXIII, h. 1, 1892).

Sur l'otite de l'influenza, par Schwabach (*Deuts. Med. Woch.*, n° 19, 1892).

Ohrenaertztliche Mittheilungen. I. Ueber Otitis media acuta migrans. II. Ueber eine heilungs befördernde Complication der acuten eiterigen Paukenhöhlenentzündung. — Communications otologiques : I, Sur l'otite moyenne aiguë migrante. II. Sur une complication contribuant à la guérison de l'inflammation suppurée aiguë de la caisse du tympan, par S. Szenes (*Allgem. Wiener Med. Zeitung*, 14 juin 1892).

Le microphone peut-il être employé avec avantage dans la construction d'un appareil pour améliorer l'audition ? par Lange (*Deuts. Med. Woch.*, 14 avril 1892).

Handbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studierende. — Manuel d'otologie à l'usage des médecins et des étudiants, par W. Kirchner, (F. Wreden, éditeur, Berlin 1892).

Die Bedeutung der Incisurae Santorini als Schutzvorrichtungen. — Valeur de l'incisure de Santorini comme garantie préventive, par Ostmann (*Archiv f. Ohrenh.* Bd 33, h. 3 u. 4, 1892).

Beitrag zur operativen Casuistik der bei tuberculose und Morbillen auftretenden Warzenforsatzerkrankungen. — Contribution à la casuistique opératoire des affections mastoïdiennes survenant au cours de la tuberculose ou de maladies infectieuses, par Haug (*Archiv. f. Ohrenh.* Bd 33, h. 3 u. 4, 1892).

Ueber den Einfluss schwacher Schalleinwirkungen auf die akustische Empfindungsschwelle. — Sur l'influence des bruits faibles, sur les sensations acoustiques, par V. Urbantschitsch (*Archiv. f. Ohrenh.* Bd 33, h. 3 u. 4, 1892).

Weitere Mittheilungen über die Hammer Amboss-Extraction mit besonderer Rücksicht auf die Diagnose der Amboss-caries. — Nouvelles communications sur l'extraction du marteau et de l'enclume et en particulier sur le diagnostic de la carie de l'enclume, par Grunert (*Arch. f. Ohrenh.* Bd 33, h. 3 u. 4, 1892).

Bericht über die erste Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft — Compte rendu de la première réunion de la Société allemande d'Otologie (17 et 18 avril 1892), par S. Szenes (*Arch. f. Ohrenh.* Bd 33 h. 3 u. 4, 1892).

Recherches physiologiques sur l'organe de terminaison du nerf auditif, par Ewald (*Zeits. f. Ohrenh.* Bd XXIII, h. 2, 1892).

Cinq cas d'abcès otitiques du cerveau avec une courte description de ces abcès en général, par Heiman (*Zeits. f. Ohrenh.* Bd XXIII, h. 2, 1892).

Contribution à la pathologie et au traitement de la sclérose du tympan, par Laaser (*Dissert. Inaug. Erlangen* 1892).

Histologie des polypes de l'oreille, par Niernack (*Dissert. Inaug. Leipzig*, 1892).

Rapport sur le traitement chirurgical des maladies de l'oreille, par E. Schmiegelow (*Zeits. f. Ohrenh.* Bd XXIII, h. 2, 1892).

Opérations pour améliorer les affections de la tête et de l'oreille et les vertiges occasionnées par le catarrhe chronique du tympan, par Sexton (*Zeits. f. Ohrenh.* Bd XXIII, h. 2, 1892).

Affections tuberculeuses de l'oreille, par Umpfenbach (*Dissert. Inaug. Erfurt*, 1892).

Epidermis membran. des Gehörganges. — Membrane épidermique du conduit auditif, par Treitel (*Berl. Med. Gesells.* 6 juillet; *Berl. Klin. Woch.* 8 août 1892).

### Larynx et Trachée.

Sur l'intubation du larynx, par A. Rosenberg (*Berl. Klin. Woch.* 22 juin 1891).

Papillomes laryngiens multiples, par R. Koehler (*Freie Vereinigung der Chirurgen Berlin's*, 12 janvier, in *Berl. Klin. Woch.*, 22 juin 1891).

Koch's Heilmittel in besonderer Beziehung zur Kehlkopf Schwindsucht.



— Le remède de Koch dans la tuberculose laryngée, par Lennox Browne. Traduction allemande de Laves (In-8 de 105 pages; avec 50 figures, S. Karger, éditeur, Berlin, 1891).

Ventriloquie, par Wagner (*Munch. Med. Woch.*, n° 17, 1891).

Théorie de la ventriloquie, par Bleuler (*Munch. Med. Woch.*, n° 21, 1891).

Bericht über die im Kalenderjahre 1890 in der Prof. Gottstein'sche Privatpoliklinik für Hals, Nasen und Ohrenkrankheiten behandelten. — Rapport sur les maladies traitées en 1890 à la polyclinique privée pour les maladies de la gorge, du nez et de l'oreille du Prof. Gottstein, par R. Kayser, avec une préface de Gottstein (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., juin et juillet 1891).

Laryngite hémorragique, par Treitel (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., juin 1891).

Tuberculose du larynx guérie par la tuberculine, par Strübing (*Greifswalder Med. Verein*, 6 juin; in *Wiener Klin. Woch.*, 16 juillet 1891).

Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopfaffektionen. — Recherches expérimentales sur les paralysies du larynx, par Onodi (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mai et juillet 1891).

Etude sur la marche de 40 cas de tuberculose du larynx traités par la tuberculine, par Grabower (*Deuts. Med. Woch.*, 9 juillet, 1891).

Recherches anatomiques sur l'œdème du larynx, par Hajek (*Arch. f. Klin. Chir.* XLII, 1).

Un nouveau miroir pour l'examen du larynx et du naso-pharynx, par Harke (*Deuts. Med. Woch.*, 9 juillet 1891).

Bericht über die Behandlung der croupösen Larynxstenose mittelst Intubation nach O'Dwyer. — Rapport sur le traitement des sténoses laryngées croupales par la méthode d'intubation de O'Dwyer, par E. Pfeiffer (*Wiener Klin. Woch.*, 6 août 1891).

Abces laryngés idiopathiques, par Irsay (*Int. Klin. Rundschau*, n° 27, 1891).

Tuberculeuse Larynxgeschwülste. — Tumeurs tuberculeuses du larynx, par G. Avelis (*Deuts. Med. Woch.*, n° 32 et 33, 1891).

Stimmbandlähmung und Icterus. — Paralysie des cordes vocales et ictère, par F. Kapper (*Wiener Med. Presse*, n° 17, juillet 1891).

Ueber den Einfluss der Tracheotomie auf Larynxaffektionen. — Influence de la trachéotomie sur les affections laryngées, par A. Kuttner (*Berl. Klin. Woch.*, 31 août 1891).

Weitere Beobachtungen von indirecten Kehlkopf- und Larynxfracturen ins besondere durch Sturz auf den Kopf. — Nouvelles observations de fractures indirectes du larynx, provoquées surtout par des coups sur la tête, par E. v. Hofmann (*Wiener Klin. Woch.*, 3 sept. 1891).

Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes der Luftrohre, der Nase und des Rachens. — Leçons sur les affections du larynx, de la trachée, du nez et du pharynx, par L. Schroetter (*fasc. IV et V. W. Braumüller, éditeur, Vienne*, 1889 et 1891).

Ueber Cystenbildung in Stimmband polypen. — Sur la formation de kystes dans les polypes des cordes vocales, par O. Chiari (Communication à la 64<sup>e</sup> réunion des Nat. et Med. allemands. *Halle s/S.* septembre 1891).

Stammeln als Folge von Stottern. — Balbutiement consécutif au bégayement, par L. Treitel (*Berl. Klin. Woch.*, 23 septembre 1891).

Acute Laryngitis in Folge von Aetzung durch Quecksilber jodid. — Laryngite aiguë consécutive à une cautérisation à l'iodure de mercure, par Kanasugi (*Berl. Klin. Woch.*, 7 septembre 1891).

Préparation d'un carcinome du larynx, par H. Krause (*Gesells. der Charité-Aerzte zu Berlin*, 30 avril, in *Berl. Klin. Woch.*, 7 septembre 1891).

Tuberculose du larynx traitée par la méthode de Koch, par Renvers (*Verein f. innere Med. zu Berlin*, 9 mars; in *Berl. Klin. Woch.* 7 septembre 1891).

Contribution à l'histologie des polypes du larynx, par Neuenborn (*Dissert. Inaug. Koenigsberg*, 1891).

De la pachydermie laryngée, par Polowsky (*Dissert. Inaug. Breslau*, 1891).

Ein grosser Varix ander linken Plica ary-epiglottica. — Une grosse varice du repli ary-épiglottique gauche, par G. Juffinger (*Wiener Klin. Woch.*, 15 octobre 1891).

Die Entwicklung der Lehre von den motorischen Kehlkopflaemungen seit der Einfuehrung des Laryngoscops. — Le développement de l'étude des paralysies motrices du larynx depuis l'introduction du laryngoscope, par F. Semon (*Festschrift Rudof Virchow; Hirschwald, éditeur, Berlin, 1891*).

Klinische Beitrage zur halbseitigen Kehlkopflaehmung. — Contributions cliniques à la paralysie unilatérale du larynx, par G. Avelis (*Berliner Klinik*, h. 40, librairie Fischer, Kornfeld, Berlin, 1891).

Zur Behandlung der Pachydermia laryngis. — Traitement de la pachydermie laryngée, par J. Scheinmann (*Berl. Klin. Woch.*, 2 novembre 1891).

Extirpation totale du larynx dans des cas de cancers, par Hochenegg et V. Eiselsberg (*K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 30 octobre; *Allgem. Wiener Med. Zeit.* 10 novembre 1891).

Fernere Beitrage zur vollständigen Resorption faehigkeit tuberculöser infiltrate. — Nouvelles contributions à la faculté de résorption totale des infiltrations tuberculeuses, par T. Heryng (*Berl. Klin. Woch.*, 16 novembre 1891).

Cursus der laryngoscopischen und rhinoscopischen Technik. — Cours de technique laryngoscopique et rhinoscopique, par G. Avelis. (Vol. in-8° de 131 pages, avec 49 figures; librairie Fischer, H. Kornfeld, Berlin, 1891).

Circumscripte Keratose im Larynx. — Keratose circonscrite du larynx, par G. Juffinger (*Wiener Klin. Woch.*, 19 novembre 1891).

Beitraego zur Chirurgie der oberen Luftwege und Annexa. — Contributions à la chirurgie des voies aériennes supérieures et de leurs annexes, par Grünwald (*Munch. Med. Woch.*, 19 novembre 1891).

Recherches anatomiques sur l'œdème du larynx, par E. Zuckerkandl (*Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir.* T. XLII, fasc 1, 1891).

Laryngologische Mittheilungen. Communications laryngologiques, par B. Baginsky (*Berl. Klin. Woch.*, 7 décembre 1891).

Oedeme du larynx après l'emploi de l'iodure de potassium, par P. Heymann (*Soc. de Laryng. de Berlin*, séance du 20 novembre 1891).

Condylômes du larynx, par Scheinmann (*Soc. de Laryng. de Berlin*, séance du 20 novembre 1891).

Sclérose cérébro-médullaire avec tremblement intentionnel des cordes vocales, par Krzywicki (*Soc. de Laryng. de Berlin*, séance du 20 novembre 1891).

Action perversie des cordes vocales, par Scheier (*Soc. de Laryng. de Berlin*, séance du 20 novembre 1891).

Der Uebergang des Stimmbandes von der Medianstellung zur Cadaversstellung bei Recurrenslaehmung. — Du passage de la position médiane de la corde vocale à la position cadavérique dans la paralysie récurrentielle, par R. Wagner (*Virchow's Archiv. f. path. Anat. und Physiol.*, p. 271, Bd 126, h. 2, 3 novembre 1891).

Tubage du larynx dans la diphtérie, par J. Gottfried (*Therap. Monatshefte*, juin 1891).

Intubation du larynx, par O. Seifert (*Therap. Monatshefte*, p. 360, 1891).

Contribution à l'étude de l'action des sels de cantharidine, par T. Heryng (*Therap. Monatshefte*, novembre 1891).

Contribution à la technique du traitement mécanique des sténoses laryngées, par L. Lubliner (*Therap. Monatshefte*, novembre 1891).

Intubation dans les sténoses laryngées diphtéritiques, par Aronson (*Archiv. f. Kinderheilk.* Bd 13, h. 4, 5 u. 6).

Trachéotomies, par Baginsky et Glück (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd 13, h. 4, 5 u. 6).

Ueber Kehlkopftuberculose im Kindesalter. — Tuberculose laryngée chez l'enfant, par Rheindorff (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, p. 7).

Pathologie und Therapie des Rachens, der Nasenhöhlen und des Kehlkopfs. — Pathologie et thérapeutique du pharynx, des cavités nasales et du larynx, par F. Massei. Traduction allemande de E. Fink. (Un vol de 240 pages ; Félix, Leipzig, 1892).

Versuche am nervus laryngeus superior des Pferdes. — Expériences sur le nerf laryngé supérieur du cheval, par L. Breisacher et Th. Guetzlaff (*Centralblatt f. Physiol.* p. 273, 1891).

Le miroir de contrôle en laryngologie, par Killian (*Münch. Med. Woch.*, p. 571, 1891).

Ueber centrale Sprach, Schreib und Lesestörungen. — Troubles centraux de la parole, de l'écriture et de la lecture, par A. Goldscheider (*Berl. Klin. Woch.*, 25 janvier 1891).

Demonstration der Präparate eines Falles von eigenartiger Ulcerationsbildung im Larynx und der trachea. — Présentation d'un cas de déformations d'ulcérations dans le larynx et la trachée, par M. Rothmann (*Berl. Med. Gesells.*, 16 décembre 1891 ; *Berl. Klin. Woch.*, 24 janvier 1892).

Expériences sur le traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par la tuberculine, par Lenzmann (*Deuts. Med. Woch.*, 24 décembre 1891).

Ueber den gegenwärtigen Stand der Aphasie. — Sur l'état actuel de la question de l'aphasie, par E. Moeli (*Med. Pädag. Monats. f. d. gesammte Sprachheilk.*, février 1892).

Ueber die Beziehungen zwischen Pachydermia laryngis, und tuberculose. — Rapports entre la pachydermie laryngée et la tuberculose, par P. Michelson (*Berl. Klin. Woch.*, 15 janvier 1892).

Casuistischer Beitrag zum Capitel der Laryngofissur. — Contribution casuistique au chapitre de la laryngofissure par R. Koehler (*Berl. Klin. Woch.*, 22 février 1892).

Affection syphilitique du larynx et du pharynx chez un tabétique, par Lewin (*Berlin Derm. Vereinigung*, 3 mars 1891 ; *Berl. Klin. Woch.*, 22 février 1892).

Totale Kehlkopf Exstirpation und Resection des Oesophagus wegen Carcinome laryngis Oesophagoplastik Ein neuer Sprechapparat. — Extirpation totale du larynx et résection de l'œsophage pour un carcinome du larynx. Œsophagoplastie. Un nouvel appareil pour faire parler, par J. Hochenegg (*Wiener Klin. Woch.*, 25 février 1892).

Wesen und Werth der Liebreich'schen Serumtherapie. Nature et valeur du traitement de Liebreich par le sérum, par A. Hennig. (Un vol. de 96 pages avec 9 gravures sur bois, 2 courbes de température et une courbe d'albumine, A. Langkammer, éditeur, Leipzig, 1892).

Contribution à l'intubation du larynx, par Petersen (*Deuts. Med. Woch.*, n° 9, 1892).

Intubation du larynx, par J. Bokai (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, février 1892). Seltene Formen von Perichondritis des Kehlkopfes. Formes très rares de péricondrite du larynx, par E. Baumgarten (*Wiener Med. Wochens.*, n° 7, 1892).

Un cas d'enrouement, par Rosenberg (*Deuts. Med. Woch.*, n° 9, 1892). Carcinome du larynx et du pharynx, par Scheinmann (*Deuts. Med. Woch.*, n° 6, 1892).

Sténose trachéale produite par la section de la trachée, par Wagner (*Münch. Med. Woch.*, n° 10, 1892).

Sur la voix des petits enfants, par Treitel (*Centr. f. Physiol.*, v. 15, p. 415).

Sur une forme spéciale d'affection laryngienne, par G. Gerhardt (*Arch. f. Pathol. Anat.*, XXV, 1).

Ueber die Beziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasie. — Sur les rapports de l'atrophie cérébrale sénile avec l'aphasie, par Pick (*Prager Med. Woch.*, 20 avril 1892).

Ueber Kehlkopf fracturen. — Sur les fractures du larynx, par Scheier (*Freie Vereinigung der Chir. Berlins*, 16 novembre 1891; in *Berl. Klin. Woch.*, 25 avril 1892).

Zwei Fälle von Pachydermia verrucosa laryngis. — Deux cas de pachydermie verruqueuse du larynx, par Ed. Meyer (*Berl. Klin. Woch.*, 9 mai 1892).

Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. — Sur la transmissions centripète du nerf laryngé inférieur et la position médiane pathologique de la corde vocale, par H. Krause (*Berl. Klin. Woch.*, 16 mai 1892).

Ueber primäre Entzündungen im und am Cricoarytänoidalgelenk. — Sur les inflammations primitives de l'articulation crico-aryténoidienne, par L. Grünwald (*Berl. Klin. Woch.*, 16 mai 1892).

Emploi de l'électrolyse dans les affections des voies aériennes supérieures, par Grünwald (*Deuts. Med. Woch.*, n° 18, 1892).

Sur l'opération du croup chez les nourrissons, par Hagen (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, T. XXXIII, fasc. 2 et 3, 1892).

Ueber einen Fall von totaler Kehlkopfsextirpation. (Sur un cas d'extirpation totale du larynx, par J. Wolff (*Berl. Klin. Woch.*, 23 mai 1892).

Subglottisches sarcom des Larynx, intralaryngeal operirt und geheilt. — Sarcôme sous-glottique du larynx opéré par la voie intra-laryngée, guérison, par J. Schönmann (*Berl. Klin. Woch.*, 23 mai 1892).

Diagnostic et traitement du cancer du larynx, par Gottstein (*Deuts. Med. Woch.*, n° 19, 1892).

Serienschnitte und Mikrophotographien von einem Stimmbande mit einem kleinen Knötchen von 1 mm. Durchmesser von blauer Farbe am freien Rande. — Coupe en série et microphotographies d'une corde vocale portant à son bord libre un petit nodule bleu de 1  $\frac{1}{16}$  de diamètre, par O. Chiari (*K. K. Gesellsch. des Aerzte in Wien*, 6 mai; in *Wiener Klin. Woch.*, 26 mai 1892).

Extraction de papillomes multiples du larynx chez l'enfant au moyen d'une nouvelle méthode; intubation avec un tube fenêtré, par Lichtwitz (*Deuts. Med. Woch.*, n° 20, 1892).

Syphilis du larynx, par Boettcher (*Deuts. Med. Zeitung*, p. 1034, 1892).

I. Laryngoscope pour les animaux domestiques. II. Injection intratrachéale chez les animaux domestiques, par Hoffmann (*Med. Corresp. Blatt d. Wurtemb. aerzte Landesverein*, 4, 1892).

Un cas de gangrène de la trachée, par Linch (*Dissert. Inaug. Kiel*, 1892).

Extirpation totale et partielle du larynx, par Loeb (*Dissert. Inaug. Bonn.*, 1891).

Remarques sur l'emploi de la trachéotomie, par Grosz (*Pester Med. et Chir. Presse*, n° 1, 1892).

Trois cas d'actinomycose du larynx, par Mündler (*Bruns Beitrage zur Klin. Chir.* Bd 8).

Oedème laryngien à la suite de l'emploi de l'iode de potassium, par E. Baumgarten (*Deuts. Med. Woch.*, n° 9, 1892).

Ueber die chirurgische Behandlung der Larynxschwindsucht. — Sur le traitement chirurgical de la phthisie laryngée. Leçon d'ouverture du 13 juin 1892, par R. Kafemann (broch. de 9 pages) (A. W. Kafemann, Danzig, 1892).

Résultats de la trachéotomie dans le croup et la diphtérie, par E. Sattler (*Beitrage z. Klin. Chir.*, p. 92, t. VIII).

Résultats du traitement par la cantharidine, par Kahn (*Therap. Monatsh.*, n° 5, 1892).

Sclérose des voies aériennes, par Moskowitz (*Pester Med. Chir. Presse*, n° 6, 1892).

Prophylaxie de la tuberculose des poumons et du larynx, par Frühschuck (*Dissert. Inaug. Gottingue*, 1891).

Intubation du larynx dans les sténoses aiguës et chroniques, par E. Schmiegelow (*Monats. f. Ohrenh.*, etc, n° 1, 2, 3, 4 et 5, 1892).

Cas de guérison de chorée du larynx, par Meyjes (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mai 1892).

Die tuberculösen Kehlkopfstenosen und ihre Behandlung. — Traitement des sténoses tuberculeuses du larynx, par E. Kraus (*Allg. Wiener Med. Zeil.*, 19 et 26 juillet et 2 août 1892).

Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. — Sur la transmission centripète du nerf laryngé inférieur et la position pathologique médiane de la corde vocale, par H. Burger (*Berl. Klin. Woch.*, 25 juillet 1892).

Atlas der Kehlkopfkrankheiten. — Atlas des maladies du larynx, contenant 343 figures sur 37 planches en couleur et 23 dessins exécutés d'après nature et expliqués par R. Krieg (F. Enke, éditeur, Stuttgart, 1892).

Tuberculose de la paroi postérieure du larynx, par Keller (*Münch. Med. Woch.*, n° 23, 24 et 25, 1892).

Aphonie spasmodique, par Onodi (*Pest. Med. Chir. Presse*, n° 14, 1892).

Contribution à l'étude de la laryngite hypoglottique chronique hypertrophique, par Rübsamen (*Dissert. Inaug. Königsberg*, 1892).

Sur la fracture du larynx, par Szoldrski (*Dissert. Inaug. Würzburg*, 1892).

Die Störungen der Sprache und Stimme bei Paralysis agitans. — Les troubles de la parole et de la voix dans la paralysie agitante, par A. Rosenberg (*Berl. Klin. Woch.*, 1<sup>re</sup> août 1892).

Die Laryngectomie an der Kocher'schen Klinik zu Bern. — La laryngectomie à la clinique de Kocher, à Berne, par Lanz (*Arch. f. Klin. Chir.*, Bd XLIV, p. 1, 1892).

Balbuties mit Rhinolalia aperta. Remarques sur la Pathologie und Therapie dieser Sprachstörungen im Anschluss an die Erörterung einer Krankengeschichte. — Balbutiement avec rhinolalie ouverte. Remarques sur la pathologie et le traitement de ces troubles de la parole comme adjonction à la discussion d'une observation, par E. Winckler (*Med. Padag. Monats. f. gesam. Sprachheilk.*, août et septembre 1892).

Bemerkungen zu dem Aufsätze des Herrn, Dr H. Burger; Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior, etc. — Remarques sur la communication du Dr Burger; sur la transmission centripète du nerf laryngé supérieur, etc., par A. Onodi (*Berl. Klin. Woch.*, 8 août 1892).

Kehlkopfbefund bei einer traumatischen Neurose. — Examen du larynx dans un cas de névrose traumatique, par B. Holz (*Berl. Klin. Woch.*, 15 août 1892).

Cinq cent soixante et onze trachéotomies chez des diphtériques, par Habs (*Deutsch. Archiv. f. Klin. Med.*, t. XXXIII, fasc. 6, 1892).

## NOUVELLES

Prix Lenval (mise au concours du).

1. Monsieur le baron Léon de Lenval, à Nice, offre la somme de 3,000 francs comme prix accordé à l'auteur de la meilleure application des principes microphoniques à la construction d'un appareil facilement portable et améliorant la faculté d'audition des malades.

2. Les instruments destinés à concourir pour ce prix doivent être envoyés avant le 31 décembre 1892 au président du jury ou à M. le professeur Victor v. Lang à Vienne.

3. Seront seuls admis à concourir, pour ce prix, des instruments complètement achevés. Lors de l'examen, il sera tenu compte de la perfection de la construction mécanique, de la juste observation des lois de la physique et principalement de l'amélioration de la faculté auditive produite par ces appareils.

4. La publication du jugement du jury, ainsi que la remise du prix, aura lieu au 5<sup>e</sup> Congrès international d'otologie à Florence en septembre 1893.

5. Si aucun instrument n'était reconnu digne du prix, le jury se réserve le droit de provoquer un nouveau concours, sauf le droit réservé par M. de Lenval de disposer autrement du prix.

Les membres du jury :

Prof. Adam POLITZER, président du jury, Vienne

Prof. Victor v. LANG, Vienne.

Dr BENNI, Varsovie (16 Bracka).

Dr GELLÉ, Paris (4, rue Sainte-Anne).

Prof. Urban PRITCHARD, Londres.

Prof. St. John ROOSA, New-York.

Dr V. GRAZZI, Florence.

Le Dr G. Juffinger, privat docent de laryngologie et d'otologie, est chargé d'un cours à l'Université d'Innsbruck.

En raison de l'épidémie cholérique, la réunion des naturalistes et médecins allemands qui devait avoir lieu à Nuremberg au mois de septembre dernier, a été renvoyée à l'année prochaine.

*Société de Laryngologie, Otologie et Rhinologie de Paris.*

Ordre du jour de la séance du 4 novembre.

Trois faits de névropathies liées à des troubles auriculaires et à la surdité, par GELLÉ. — Contribution à l'étude de l'hydrorrhée nasale, par LICHTWITZ.

VIN DE CHASSAING. (Pepsine et diastase.) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée.) — Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Afferione dell'orecchio interno nella parotite (Affections de l'oreille interne dans la parotite), par G. GRADENIGO (Extrait de la *Riv. veneta di Sc. med.*, 1892).

Mechanism versus surgery in the treatment of congenital cleft Palato (Mécanisme chirurgical dans le traitement de la perforation palatine congénitale), par R. OTTOLENGHI (Extrait du *Brooklyn Med. Journ.*, août 1891).

Adenoid growths, Mouth Breathing, and Thumb Sucking, in their relation to Deformities of the jaws and irregular Teeth (Végétations adénoïdes, respiration buccale et succion du pouce et leurs relations avec les déformations des mâchoires et les dents irrégulières), par N. W. KINGSLEY (Extrait du *Dental Cosmos*, janvier, février, mai et juin 1892).

Zur Lehre von der Kopfknochenleitung (Contribution à l'étude de la conductibilité des os de la tête, par A. BING. (Tirage à part des *Wiener Med. Blätter*, n° 31 et 32, 1892).

Sulla profilassia del sordomutismo (Sur la prophylaxie de la surditité), par G. GRADENIGO (Extrait du *Sordomuto*, n° 3-4, 1892).

Précis de diagnostic chirurgical (examen clinique, pronostic, traitement), par A. F. PLICQUE (Un vol. de 693 pages; prix : 8 francs, G. Steinheil, éditeur, Paris, 1893).

Pavillon de l'oreille chez les sujets sains, par M. LANNOIS (Broch. de 7 pages. A. Storck, imprimeur, Lyon, 1892).

Syphilis of the lingual tonsil (Syphilis de l'amygdale linguale, par J. E. NEWCOMB (Extrait du *Med. News*, 2 juillet 1892).

Notes on a case of laryngeal vertigo (Notes sur un cas de vertige laryngé, par J. E. NEWCOMB (Extrait du *N. Y. Med. Journ.*, 10 septembre 1892).

Sur la valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge, par J. GAREL (Extrait du *Lyon méd.*, 1892).

Lymphoma of the tonsils (Lymphôme des amygdales), par E. CRESSWELL BABER (Extrait des *Arch. of Otology*, n° 2, 1892).

Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema antri Highmori (Contribution à l'étiologie et au traitement de l'empyème de l'antrum d'Highmore), par A. KUCHENBECKER (*Dissert., inaug. de Würzburg*; imprimerie Marschner et Stephan, Berlin, 1892).

Note sur le pityriasis de l'oreille. Un traitement de cette affection, par ALBESPY (Tirage à part de la *Revue de lar., otol. et rhinol.*, n° 15, 1892).

Ein Beitrag zur Pathologie der entzündlichen Tonsillarprocesse (Contribution à la pathologie des processus tonsillaires inflammatoires), par A. SOKOLOWSKI et Z. DMOCHOWSKI (Tirage à part des *Deuts. Archiv f. Klin. Med.*, XLIX, 1892).

Quelques observations relatives à l'érysipèle du larynx, par SOKOLOWSKI (Extrait des *Arch. de laryngol.*, t. V, 1892).

De l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngiennes, par P. HELOT (Extrait de la *Normandie médicale*, 1<sup>er</sup> octobre 1892).

Le Gérant : G. MASSON.



